This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

Per 15084 e. 124.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES

(SEIZIÈME ANNÉE)

RADCLIFFE LIBRARY
UNIVERSITY
MUSEUM
OXFORD

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.
— 2e année, 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.
— 3e année, 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.
— 4e année, 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.
— 5e année, 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.
— 6e année, 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.
— 7e année, 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.
— 8e année, 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.
— 9e année, 1 vol. de 524 pages, 1873. 7 fr.
— 10e année, 1 vol. de 580 pages, 1874. 7 fr.
— 11e année, 1 vol. de 588 pages, 1875. 8 fr.
— 12e année, 1 vol. de 521 pages, 1876. 7 fr.
— 13e année, 1 vol. de 585 pages, 1877. 7 fr.
— 14e année, 1 vol. de 466 pages, 1878. 7 fr.
— 15e année, 1 vol. de 576 pages, 1879. 7 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F.-A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages; traduit du portugais. Paris, 1858. 4 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8, avec planche. Paris, 1859.
Donné avec l'ouvrage précédent.
— Séparément. 50 c.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga, traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 3 fr.

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

Coulommiers. — Imprimerie PAUL BRODARD.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Ancien rédacteur en chef de la *Santé publique*.

Seizième année, 1880

RADCLIFFE LIBRARY
UNIVERSITY
10 MAR 81
MUSEUM
OXFORD

PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

Au coin de la rue Hautefeuille.

1881

INTRODUCTION

Si la valeur, la richesse des productions médicales de 1880 en égalaient l'abondance et la variété, cette année serait assurément l'une des plus prospères et fructueuses pour l'art de guérir. On peut en douter, d'après la méthode actuelle d'expérimentation et d'analyse scientifique, suivie presque exclusivement par les travailleurs à la recherche des causes premières, occultes et cachées des phénomènes physiologiques et morbides. Au lieu d'attendre l'occasion propice d'observer directement les malades comme autrefois, on la fait naître à volonté sur les animaux. Non sur les grands mammifères se rapprochant de l'homme : cheval, bœuf ou mouton, comme le font les vétérinaires; c'est sur les petits : chien, chat, souris même ou cobaye, sinon le lapin et la grenouille, que l'on opère ordinairement, soit en les soumettant aux tortures de la vivisection pour des expériences, soit à l'inoculation ou à l'empoisonnement, au jeûne, pour faire naître une maladie, en étudier la nature ou l'action d'un remède. Et le microscope aidant avec les réactifs physico-

chimiques, sinon la culture expérimentale, on reconnaît et l'on détermine positivement les résultats de l'opération. C'est le mot consacré.

La facilité de ce nouveau genre d'étude et d'observation en a tellement répandu le goût et la mode que l'expérimentation est devenue le critérium suprême et obligé de toute opinion ou doctrine médicale nouvelle. Un fait observé sur l'homme, une idée même, conçue *à priori*, germe-t-elle dans l'imagination, que l'on se met aussitôt à expérimenter sur ces pauvres bestioles, pour en contrôler ou vérifier la justesse. Il est si commode et attrayant de se rendre compte, *ipso facto*, de ce que l'on a conçu ou exécuté, que chacun cède à la tentation d'essayer la nouvelle méthode. Des milliers de lapins et de cobayes sont chaque jour sacrifiés sur l'autel de la science, et, il faut bien le reconnaître, la plupart des découvertes récentes n'ont pas d'autre origine. Le parasitisme moderne des maladies de l'homme, leur transmission, leur contagiosité par l'inoculation des prétendus micro-organismes qui les constituent et l'action des médicaments sur telle fonction, tel organe ou élément histologique, n'ont pas d'autre source. De là la généralisation, le crédit et les progrès croissants de la nouvelle méthode au détriment de l'ancienne. Elle s'accorde si bien avec l'activité dévorante, fébrile de la génération actuelle que chacun en use et en abuse à son gré, souvent à profusion, l'usage en étant rendu encore plus loisible aux jeunes qu'aux vieux observateurs.

De la description minutieuse du manuel de ces expériences avec les appareils et les réactifs servant à leur exécution, ainsi que de l'examen compendieux de leurs

résultats, naissent en foule ces mémoires prolixes et volumineux sur des questions parfois insignifiantes et accessoires de la nouvelle école. On insiste sur la température, la sensibilité et la motilité des victimes, c'est-à-dire leurs mouvements et leurs cris, comme si c'étaient des malades sérieux, de même que sur les lésions des solides et les altérations des liquides, après la mort. En s'ajoutant aux observations cliniques dont elles sont maintenant le complément ordinaire, ces études biologiques ou de médecine comparée forment la plus grande partie de la littérature médicale dont elles remplissent et encombrent les feuilles périodiques.

La plus grande découverte de l'année à l'actif de la France — si elle se confirme — est ainsi l'inoculation des animaux avec le liquide de culture, affaibli et atténué, de la bactéridie charbonneuse, pour les préserver du charbon. Ainsi vaccinés, les bœufs et moutons d'Europe seraient à l'abri du charbon, comme les moutons algériens, avec autant de sécurité et d'innocuité que l'homme se préserve de la variole par la vaccine. Des expériences faites publiquement à Lyon et à Alfort par M. Toussaint ont donné des résultats assez satisfaisants pour les faire continuer et répéter ailleurs. Par les succès obtenus ainsi de la vaccination des poules contre le choléra qui les atteint et ravage les basses-cours, M. Pasteur a déjà confirmé ces nouveaux résultats, en éclairant et en élucidant de sa haute autorité le mode d'action de ce simple procédé d'inoculation.

C'est dire que le charbon est toujours à l'ordre du jour. Par les expérimentations auxquelles il se prête à merveille et dont il est l'objet, il n'a cessé de tenir la

corde dans les discussions et dans la presse médicale. En se cantonnant sur ce terrain — c'est le mot — les panspermistes s'y fortifient de plus en plus, au détriment de leurs adversaires qui semblent au contraire lâcher pied comme si le sol leur manquait. La découverte des vers de terre, charriant le germe de la bactéridie charbonneuse de la profondeur des terrains où elle a été enfouie avec les cadavres à la surface et jusque sur les herbes ou les plantes mangées par les animaux, a été comme le coup de grâce des partisans des virus et des contages aériens. La précision des expériences et des résultats de l'illustre panspermiste les a réduits au silence.

A la prophylaxie toute simple et naturelle de ce fléau, résultant de cette découverte, se joindrait une préservation artificielle. Le millésime de 1880 se relierait glorieusement par là à celui de la vaccine humaine. Mais que d'inconnues à élucider, à résoudre sur toutes ces questions! Ce ne sont encore que de brillantes promesses, infirmées par les résultats actuels. Un traitement sudorifique du charbon, institué d'après les données rigoureuses de M. Pasteur, a été reconnu infidèle par ses propres expériences sur des vaches; celui de la pustule maligne, qui en est l'analogue chez l'homme, n'a donné, avec les remèdes regardés comme spécifiques, que des résultats négatifs. L'importance de ces recherches justifiait néanmoins les développements que nous leur avons consacrés aux mots correspondants.

Le progrès de l'étiologie parasitaire des maladies a encore augmenté le nombre des inoculations. On trouve maintenant des microbes partout. Ils sont signalés dans

l'*anémie*, la *blennorrhagie*, le *chancre*, les *fièvres*, la *diphthérite*, l'*hémoptysie*, la *phthisie* et la *tuberculose;* la cornée du lapin étant le seul réceptacle infaillible de celui-ci. Un microbe bactéridien de la lèpre a aussi été rencontré, et voici celui de la rage figuré par M. Pasteur. Il se reproduit par l'inoculation de la rage de l'homme au lapin, tandis que le chien et le cobaye y sont absolument réfractaires. Mais le plus curieux est l'existence authentique du *phthirius* chez les typhiques et que l'on avait pris jusqu'ici pour des taches bleues ou ombrées caractéristiques.

Reste à établir si les autres sont aussi spécifiques et distincts. Le crédit et la valeur des inoculations expérimentales, pour en faire la preuve, diminuant à mesure qu'on les emploie davantage sur les animaux comme réactifs, une autre éprouvette semble indispensable. Le lapin notamment, en se montrant également apte à contracter par ce moyen la tuberculose et la rage, la morve et le charbon, fait naître des soupçons et des réserves sur la valeur des résultats. De même que l'incubation de la rage est très courte, sinon nulle chez cet animal, quoiqu'il puisse en guérir, il ne mérite de crédit, d'après M. Galtier, — parvenu tout récemment à lui inoculer la morve comme réactif d'un jetage douteux chez le cheval — que s'il présente ce jetage. Au lieu de se traduire ordinairement chez lui par ce symptôme pathognomonique, elle se manifeste de préférence par des lésions analogues à l'infection purulente, restant localisées en foyers caséeux sous la peau et les ganglions lymphatiques. Il n'a donc rien de spécifique.

Comment ne pas douter dès lors des féconds résul-

tats prédits et attendus de cette nouvelle méthode ? Le vaccin préservateur de la variole chez l'homme ne vient pas directement de cette maladie, mais du cow-pox et du horse-pox, éruption considérée comme la variole de ces animaux, laquelle, spontanée ou communiquée, n'est jamais mortelle pour eux. C'est donc une maladie différente. Si la vraie rage, l'hydrophobie, inoculée au lapin, le fait mourir en quelques heures sans symptômes rabiques, rien ne prouve que ce soit la rage, dans l'impossibilité d'en vérifier la nature en la reportant sur l'homme. Les expériences faites sur le chien, qui en est le réactif par excellence, ne sont pas concluantes ; il en guérit parfois. Le micro-organisme constaté par M. Pasteur dans la salive et le sang des lapins inoculés avec la salive rabique ne permet donc pas d'affirmer ni de conclure qu'il est le ferment spécial de la vraie rage de l'homme ni de celle du chien.

Dans cette voie des expérimentations à outrance et des analyses physico-chimiques et microscopiques exagérées, où la méthode positiviste est engagée — au point absolu de subordonner la valeur des observations cliniques, pathologiques et thérapeutiques sur l'homme à son critérium exclusif, — elle nous paraît ramener directement au mysticisme, au surnaturel d'autrefois. Le procédé seul diffère. Au lieu de reconnaître son ignorance et admettre l'incompréhensible, on veut trouver à tout une explication positive et naturelle. C'est la condition absolue. Lésions d'organes ou de tissus, altérations des liquides et de leurs éléments, plasma, cellules et globules, et jusqu'aux troubles de leurs fonctions moléculaires à peine connues, sont tour

à tour invoqués, admis, supposés plutôt que démontrés, car ils ne sont jamais apparents ni saisissables qu'après des expérimentations subtiles, indirectes, des réactions artificielles ou des analyses compliquées. Et, loin que les résultats de ces opérations délicates soient toujours identiques pour les initiés, il est fort rare d'en trouver deux qui s'accordent sur le même sujet, tant ces constatations sont imperceptibles, ténues, déliées, instables et contradictoires, ou différentes dans leurs manifestations. Presque jamais elles n'ont le caractère de preuve irrécusable, et équivalent, au contraire, le plus souvent à des riens sur lesquels on raisonne, on discute en se payant de mots.

Par exemple, n'est-ce pas en altérant souvent la sensibilité normale de l'animal par les vivisections, le jeûne, l'inoculation et la souffrance, la douleur en résultant chez les êtres doués d'une si faible résistance, que l'on obtient les phénomènes observés? Les éléments histologiques ne subissent-ils pas également des changements de forme, de couleur par les préparations techniques dont ils sont l'objet, avant d'être soumis à l'étude du microscope ou du micromètre? Les organismes ensemencés et leur culture expérimentale dans le bouillon ou l'urine, faite par M. Pasteur, n'empruntent-ils pas à ces liquides en fermentation des éléments particuliers de conservation, de prolifération et de vie? M. Pasteur a été conduit ainsi à les diviser en aérobies et anaérobies, suivant que l'air est nécessaire ou préjudiciable à leur conservation. La bactéridie charbonneuse, qui se détruit rapidement dans l'animal exposé à l'air, conserverait indéfiniment son germe, au contraire, quand il est enfoui dans la terre,

d'après cette théorie. C'est de même à défaut d'une forme distincte, et par la seule différence de leurs effets, que cette bactéridie charbonneuse a été séparée de la bactéridie septique résultant de la putréfaction qui lui succède immédiatement sur place. Autant de suppositions sans démonstration péremptoire, mais simplement corollaires de certains faits observés par un esprit ingénieux en faveur de son système.

Attacher tant d'importance à ces infiniment petits, entrevus artificiellement et dont on ne connaît les effets que par induction, au point d'en modifier, d'en changer la signification suivant l'idée que l'on s'en fait, n'est-ce pas l'équivalent de la théorie, de l'hypothèse quintessenciées? C'est pourtant à l'aide de ces procédés laborieux et compliqués, où l'esprit joue le plus grand rôle à l'exclusion des sens, que l'on prétend remplacer l'observation directe et faire jaillir la lumière de l'obscurité. Nous attendrons d'y voir plus clair pour le constater, et, tout en tenant compte des efforts sérieux faits dans cette voie nouvelle, nous nous en tiendrons dans ce Dictionnaire à la pratique rationnelle et séculaire de l'observation, qui a sauvé tant d'existences et réalisé de si grands progrès.

Voici d'ailleurs une autorité qui juge le débat. L'excès des vivisections ayant soulevé des plaintes, en Allemagne comme en France, en Angleterre et en Italie, notamment à Florence, d'où le célèbre professeur Schiff a été forcé de s'exiler, des pétitions nombreuses ont été adressées à ce sujet au *Reichstag*, auxquelles la commission s'est vue obligée de déférer, en demandant avis à l'autorité compétente du professeur Virchow. « Elles sont indispensables au progrès de la

science, fut sa réponse. Les progrès accomplis depuis trois siècles et ceux obtenus actuellement par les observations faites sur les animaux vivants en sont la démonstration. *Les abus sont incontestables;* c'est à l'autorité locale de les réprimer. Elle en a le droit et le devoir. Un acte législatif ne peut ni les régulariser ni les interdire. » L'avis a été pris en considération et forme actuellement la jurisprudence de l'Allemagne à ce sujet.

C'est aussi contre l'abus de ces expériences et surtout les conclusions hardies et assurées que l'on en tire sans fondement que nous nous élevons davantage, à mesure qu'elles s'accroissent et s'affirment. On en trouvera de nombreux exemples dans ce volume. Souvent même, nous ne les avons citées que pour en montrer l'inanité, sinon le ridicule.

II

L'OBSERVATION CLINIQUE, en n'offrant que rarement, dans la recherche des causes et les signes des maladies, la précision objective et mathématique des altérations histologiques révélées par le microscope et les réactifs, les analyses chimiques et la numération globulaire, est manifestement négligée aujourd'hui par les jeunes médecins. Le temps ayant consacré ce qu'il en est, on s'en tient à la tradition. On ne cherche du nouveau ou des perfectionnements que dans les éléments physiques. La *température* en est le principal objectif, que l'on constate de toutes les manières, *intus et extra.* Il ne s'agit plus de fièvre, mais de la température, comme étant l'expression exacte des combustions

organiques. Elle est ainsi devenue l'élément principal du diagnostic, du pronostic et même du traitement. Aussi les observations fourmillent des chiffres de ses variations. C'est maintenant la caractéristique de leur valeur, notamment dans la *fièvre typhoïde* et le *rhumatisme cérébral* pour y approprier le refroidissement, que, d'après certaines observations, l'acide phénique suffirait à produire.

Et de ces combustions, qu'en connaît-on exactement? « Un jour viendra, sans doute, dit le docteur P. Regnard dans ses *Recherchés expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires*, où ces importants problèmes trouveront leur solution. » Les plus modestes et judicieux comptent ainsi sur l'avenir pour légitimer leurs recherches et justifier leurs expériences, mais combien d'autres, plus hardis, l'escomptent et donnent comme démontrées de simples hypothèses? Les jeunes professeurs de la Faculté de Lyon, entrant dans cette voie des spéculateurs allemands, ont étudié cette année les modifications du sang dans les altérations des urines et réciproquement. On peut juger de leurs résultats indiqués à ces mots.

Les lésions histologiques forment de même aussi la base principale de la division, la classification des maladies. On a tant discuté et l'on ne discute encore sur la division des *néphrites* que pour cette raison, les histologistes étant pour la dualité contre l'unité des cliniciens, d'après la ressemblance des symptômes. On crut un moment que les lésions interstitielles ou parenchymateuses du rein allaient dévoiler le secret mystérieux de l'albuminurie. Vain espoir! Après bien des observations et des expériences consacrées à séparer

choses et hommes, on est forcé d'admettre une néphrite mixte ou totale, confondant les lésions et les signes des deux autres. Tissus et éléments différents sont ainsi altérés le plus souvent simultanément, comme la néphrite expérimentale par la cantharidine en est la preuve donnée par l'histologiste le plus autorisé. La fréquence de la néphrite sénile en est la confirmation, et l'on est forcé d'en revenir au point de départ. La généralisation des lésions est démontrée par l'excès même de leur localisation. De l'analyse est née la synthèse, montrant la supériorité de la clinique sur l'histologie.

La néphrite desquamative de Johnson, fondée sur ce que la lésion primitive du rein granuleux était dans l'épithélium, vient de subir le même sort en Angleterre. Des recherches ultérieures ayant établi que la prolifération intertubulaire était primitive et antérieure à l'atrophie des tubes qu'elle comprime, l'interprétation changea. De parenchymateuse, elle devint interstitielle, histologiquement s'entend! Le siège en avait changé la nature. Des spécimens soumis à la Société pathologique de Londres, le 16 mars dernier, par le docteur Saundby, montrent qu'elle n'est ni l'une ni l'autre, le tissu connectif intertubulaire nouvellement formé étant la prolifération des nucléoles épithéliaux, en vertu de l'origine mésoblastique du rein et conformément au processus nouvellement décrit dans la cirrhose par le docteur Hamilton et dans la glande mammaire par le docteur Creighton.

De là le peu de crédit à accorder aux divisions cliniques fondées sur l'histologie. La même instabilité s'observe dans le cancer et la scission éclatée récemment à la Société médicale des hôpitaux, à propos de

l'identité de la scrofule et de la tuberculose — de par le tubercule embryonnaire trouvé à leur origine commune — montre à quelle confusion cette méthode tend à nous conduire. La clinique est heureusement trop en honneur dans l'école française pour se laisser ainsi envahir et dominer par l'esprit allemand. Les preuves éclatent d'ailleurs contre cette prétendue identité, et les succès rapportés cette année de l'excision, l'enlèvement du testicule caséeux et des ganglions du cou, sans récidive, suffisent à l'infirmer.

A défaut de pouvoir étayer ces distinctions subtiles ou ces réunions arbitraires sur des lésions histologiques appréciables, on a recours au système nerveux, dont on connaît si imparfaitement encore les fonctions. Absolument comme autrefois on attribuait hypothétiquement toutes les affections générales aux altérations des liquides que l'on ne connaissait pas. Le rôle si obscur des vaso-moteurs en particulier sert à lui faire endosser bénévolement tout ce que l'on ignore ou ce que l'on ne peut expliquer plus rationnellement. Un *purpura hémorrhagique*, apparu dans le cours d'une cardiopathie assez grave pour n'en pas chercher d'autre cause, a été ainsi attribué aux troubles de l'innervation, sur la foi de l'histologie constatant des dilatations capillaires, au mépris de la clinique. De là la réfutation de la même étiologie de l'*œdème passif*, faite par M. Ranvier. L'*hémoglobinurie paroxystique*, qui n'est qu'une de ces manifestations symptomatiques ignorées dans leur essence, montre surtout à quels efforts de dialectique les histologistes exclusifs se livrent pour l'expliquer.

En vertu de ces localisations à outrance, la phlébite

de Dance revient progressivement à l'horizon médical. On ne voit partout que cette affection au moindre gonflement inexpliqué des membres ou ailleurs. Le plus souvent, il est vrai, il se déclare consécutivement telle autre affection locale, diathésique ou cachectique, qui explique les troubles primitifs et rectifie le diagnostic. Une dame qui se meurt d'un cancer de l'estomac a été ainsi déclarée atteinte de phlébite pendant plusieurs mois. Un célèbre mort d'accidents pharyngés n'a eu aussi qu'une phlébite. C'est donc un diagnostic d'attente dont il ne faut pas trop s'effrayer.

Les histologistes nous trouveront sans doute bien sévère et même arriéré, rétrograde; mais nous avons donné des preuves à l'appui de nos critiques, et nous pourrions en ajouter bien d'autres. On les trouvera aux mots *Leucocythémie*, *Sang*, *Tubercule*, *Tuberculose*, *Température*, etc. Que d'espèces et de variétés morbides, de dénominations nouvelles nées de l'histologie, comme la *kératite graisseuse* enregistrée cette année, sont discréditées, oubliées aujourd'hui. Il n'est pas jusqu'au diabète expérimental, œuvre considérable du génie de Cl. Bernard, dont la formation, l'histoire, les divisions étaient si claires de son vivant, qui n'ait pâli depuis sa mort au critère de la clinique. On n'en parle déjà plus, sinon pour le critiquer. Il n'y a pas le moindre rapport entre l'un et l'autre, dit le docteur Cyr; l'expérimentation ne pouvait en rien reproduire sa marche ni ses symptômes chez l'homme. En en démontrant soi-disant le siège, elle n'a éclairé ni son étiologie ni son traitement. De là son inanité, au point de vue pratique du soulagement et la guérison du malade. (*Archiv. de méd.* avril.)

Si, comme expérimentateur, l'œuvre du grand physiologiste est aussi sévèrement jugée au lendemain de sa mort, que sera-ce donc quand la faveur, la mode de ce système d'expérimentations subtiles et d'analyses histologiques auront cessé? Les descriptions cliniques du diabète subsisteront au contraire éternellement, et la moindre découverte symptomatique, comme la symétrie des névralgies coexistantes, si elle se confirme, aura chance de lui survivre ; à plus forte raison de toute notion efficace sur son traitement.

On ne saurait hésiter, dans l'intérêt des lecteurs et d'après ces exemples, sur la préférence à donner aux observations cliniques, faites directement sur le malade, surtout si elles sont corroborées par l'expérimentation et l'analyse histologique, dont il convient de tenir grand compte dans ce sens. Les développements pratiques consacrés à la *broncho-pneumonie*, aux *dyspepsies*, à la *fièvre typhoïde*, la *lymphadénie* et le *myxœdème*, à la *pleurésie*, aux *paralysies*, au *rhumatisme*, au *sarcome généralisé*, etc., témoignent ainsi de notre choix, sans compter de nouveaux cas de *cystite* de la grossesse, de *dermatose veineuse*, d'*endocardite fœtale*, d'*ostéite douloureuse* et bien d'autres que nous ne pourrions énumérer sans nous répéter. L'étiologie traumatique de la *contracture*, celle de la compression des ganglions bronchiques dans le faux croup, certains accidents constatés dans les fièvres graves, comme la forme rénale, le muguet, les attaques épileptiformes, et tant d'autres remarques symptomatiques, ont une bien autre utilité pour éclairer le praticien au lit du malade que la connaissance des altérations histologiques dont on suppose qu'elles peuvent être la signification.

III

La THÉRAPEUTIQUE, par sa nouvelle définition même, s'est encore modifiée plus profondément, en se simplifiant. Limitée ou plutôt devant se limiter à l'action dynamique ou thérapique des agents médicamenteux sur l'organisme malade, elle se réduit à bien peu de chose, d'après les connaissances acquises certaines, expérimentales, sur l'essence même des maladies et le mode d'action des médicaments. Des meilleurs, comme la digitale, le mercure, l'opium, la quinine, on ne juge que par leurs effets. De là leur décomposition en alcaloïdes spéciaux et leur emploi empirique. A la pharmacologie compliquée des anciens a succédé l'emploi presque exclusif de remèdes simples. La vogue, le succès des préparations spéciales, sinon secrètes, annoncées et vendues par des industriels comme s'adressant directement à certaines maladies, n'a pas d'autre raison.

Il s'agit moins de spécifiques maintenant que de remèdes ayant une action locale, directe et précise sur tel organe ou telle fonction. C'est pourquoi la térébenthine de Chio, qui a fait si grand bruit en Angleterre contre le cancer utérin, n'a pas réussi. Elle ne pouvait agir que comme spécifique, et, d'après la science positive actuelle, il ne saurait plus y en avoir, il n'en faut plus chercher. De là le verdict des Sociétés médicales anglaises de ne plus avoir à s'occuper de ce produit exotique.

Mais les dissolvants des *calculs*, les *diurétiques*, l'action des *ferments* et des peptones sur la digestion,

sont aussi incertains. De là le discrédit des anciens ferments animaux, que l'on tend à remplacer par de nouveaux ferments végétaux plus puissants. Les effets du *benzoate de soude* contre la diphthérite et la phthisie, de la *picrotoxine* contre l'épilepsie, comme de la plupart des médicaments internes, ne sont pas d'un usage plus rationnel ni plus sûr ; c'est seulement par leur emploi externe ou direct qu'il est possible d'acquérir quelque certitude à cet égard.

De là la préférence accordée à cette méthode. L'extension croissante des *injections sous-cutanées*... et autres n'a que cette raison. Citons celles d'*ergotine* contre l'hémoptysie et celles de *pilocarpine* en particulier. De la tête où elles sont employées contre l'alopécie, elles ont descendu aux pieds pour en favoriser la sueur en parcourant toute la surface cutanée. Leur action sur les glandes sudorales les a fait réussir contre la congélation, et voici que le vaste champ de la dermatologie leur est ouvert par l'exemple du professeur Simon de Breslau. Ses autres propriétés sont indiquées à ce mot.

L'application locale et topique des métaux, des aimants, des bois æsthésiogènes contre l'hémi-anesthésie même de cause cérébrale et toxique, a conquis ainsi une faveur marquée. A l'école de Montpellier, cette propriété merveilleuse est même attribuée aux simples vésicatoires et à la pilocarpine. Aussi les Allemands se sont-ils empressés d'expliquer et de constater expérimentalement les effets anesthésiques de l'*hypnotisme*, comme le phénomène spécial et sensible de la magie et du magnétisme d'autrefois. Le mystère, le surnaturel sont soi-disant dévoilés et démontrés physiquement — on peut voir comme — à la plus grande gloire

de l'école positiviste régnante, qui prétend mettre au jour tous les secrets de la nature.

C'est par des moyens mécaniques aussi simples que les sourds entendent, les muets parlent et les aveugles voient... quand ils ne sont pas incurables. Les succès relatés à *Laryngectomie* et à *Surdité* témoignent qu'il n'y a pas d'autre condition. Le simple lavage de l'estomac opère des guérisons bien plus surprenantes depuis son importation à Paris, et sa facilité d'exécution, son innocuité en multiplieront bientôt les exemples dans tous les cas.... non incurables.

Le régime lacté, plus naturel et plus simple encore, ne donne-t-il pas dans maintes occasions, en apparence désespérées de maladies du foie, des reins, du cœur même, des résurrections rapides et miraculeuses? Tout est d'en bien saisir l'indication et régler l'usage (Voy. *Cœur*). Son effet diurétique est parfois merveilleux et bien au-dessus de tous les diurétiques indiqués à ce titre.

La méthode topique du raclage fait ainsi son chemin et les brillants succès des *bains galvaniques* vont faire une sérieuse concurrence à la métallothérapie. Les vulgaires cataplasmes, détrônés par l'acide phénique, reprennent même leur place en s'en additionnant un peu. N'est-ce pas merveille? Et ainsi d'une infinité de moyens externes indiqués dans ce volume.

IV

La CHIRURGIE subit aussi une transformation analogue. Il n'est plus question que pour mémoire des opérations les plus anciennes et usuelles : *amputations*,

hernies, *luxations*, *fractures*. Une modification opératoire pour l'hémostase, un nouveau signe ou un accident consécutif, rappelés ou précisés, et c'est à peu près tout. Il ne s'agit que des opérations nouvelles, comme si l'on n'en pratiquait plus d'autres. La laparotomie est employée aussi couramment qu'une petite incision pour l'ouverture d'un abcès. L'hystérectomie, la laryngectomie, la néphrectomie, l'ovariectomie et autres excisions des organes les plus essentiels, font les principaux frais de la littérature chirurgicale. Il a fallu donc sacrifier *in extenso* à ces nouvelles opérations, en en résumant les principaux exemples.

La *néphrectomie* en particulier, dont l'origine germanique est contestée par les Américains, affirme sa légitimité par de nouveaux succès assez nombreux maintenant pour être comptés et distingués. Les indications et le manuel opératoire s'en précisent mieux et cette opération s'est enfin naturalisée parmi nous. Un cas remarquable, non par le succès mais par les perfectionnements apportés au diagnostic, en est relaté. Elle s'est de plus enrichie en Angleterre de la ponction exploratrice préalable contre les calculs et une opération nouvelle, la *néphro-lithotomie*, en est résultée.

Le succès, peut-être unique, d'une opération analogue et aussi délicate, la *cholé-cystotomie*, a été obtenu par un habile chirurgien anglais. La *laparotomie*, faite sous le *spray* ou nuage phéniqué, est si peu de chose pour lui qu'il n'hésite plus à ouvrir le ventre, non seulement contre l'obstruction intestinale quelle qu'elle soit, pour y voir plus clair, mais toutes les fois que les autres organes y contenus sont le siège de lésions ou

d'altérations ressortissant à la chirurgie. Les *grossesses extra-utérines*, les *kystes hydatiques du foie* y sont ainsi soumis avec succès, et c'est enhardi par eux qu'il a osé aller ouvrir la vésicule pour en extraire les calculs avec un résultat aussi heureux. Aussi a-t-il soulevé de vives protestations des médecins en faveur de la dissolution de ces calculs.

La discussion publique de tous ces faits a rétabli la priorité, peut-être ignorée en France, de notre glorieux J.-L. Petit, en faveur de la cholécystotomie. Nos confrères anglais, médecins et chirurgiens, ne craignent pas ainsi de tenir loyalement compte des travaux français, même au détriment de leurs compatriotes, en citant ouvertement les noms et prénoms de leurs auteurs. Le contraire s'observe en Allemagne où l'on passe soigneusement sous silence tout ce qui nous appartient, pour se l'approprier habilement et sournoisement. C'est le trait caractéristique et distinctif de la confraternité de nos deux grands voisins. Les Américains tiennent le juste milieu.

Grâce au nuage phéniqué, qui, d'après les listériens, annihile tous les dangers de la laparotomie, elle est devenue d'un usage journalier. En révélant la tolérance du péritoine, l'ovariotomie l'a vulgarisée au point de la rendre usuelle, comme la ponction exploratrice, pour éclairer le diagnostic. Le succès de son emploi à Paris contre un *kyste graisseux du mésentère* et un *corps étranger du rectum* semble justifier ces audaces, et c'est maintenant un précepte classique, comme on le verra, de la pratiquer au début de tous les *étranglements*, pour éviter plus sûrement la péritonite et la mort. On jugera, par les faits exposés, si cette

conduite est légitime et à quels résultats néfastes elle expose dans l'*obstruction intestinale*. La ponction et l'aspiration exploratrices seraient plus judicieuses, car l'acide phénique n'est pas sans danger par son absorption sur ces plaies vives et étendues. Son emploi chirurgical est ainsi vivement combattu en Allemagne, comme dans son pays d'origine, surtout en injections dans les plaies cavitaires, probablement par l'abus qu'on en a fait.

Toutes ces résections partielles ou totales des organes internes, les plus profondément situés et auxquels les chirurgiens osaient toucher à peine, il y a peu d'années, ont encouragé et augmenté les résections externes des membres. Les succès en sont progressifs, d'après la statistique, aussi bien que dans l'excision de la glande thyroïde.

Des modifications dans l'appareil instrumental ont été la conséquence naturelle de ces opérations sanglantes. Le *thermo-cautère* remplace de plus en plus le couteau ou le bistouri, par son action hémostatique. On en trouve les indications et contre-indications à ce mot. De même de l'*ignipuncture* et de l'*électro-puncture* modifiées. (Voy. *Anévrysmes*.) Les divers tissus animaux, par des perfectionnements successifs, sont appropriés aux *ligatures*, aux *sutures* et au *drainage*, pour faciliter leur absorption dans la profondeur des plaies. Celles des cavités naturelles en particulier, les *plaies cavitaires*, sont soumises à des moyens spéciaux pour prévenir la septicémie qu'elles engendrent si fréquemment par l'absorption des liquides putrides ou putréfiés qui les baignent. De là la *trachéotomie sans tube*.

Deux autres simplifications opératoires sont nées du même danger : la *compression élastique* contre les anévrysmes des membres et la *lithotritie en une seule séance*, que l'on semble condamner en France sans examen, car elles n'ont encore ni l'une ni l'autre passé notre frontière. La tolérance de la vessie, beaucoup plus grande à une instrumentation prolongée qu'aux débris calculeux, est cependant établie par de nombreux et brillants succès des lithotriteurs anglais et américains, qui s'en déclarent hautement satisfaits. Sur 46 cas consécutifs de cette opération, sur des hommes généralement âgés, M. H. Thompson n'a eu que trois morts. Est-elle donc plus irritable en France, que l'on n'ose pas la soumettre à cette épreuve ?

La *cystotomie* contre la cystite est une nouvelle application de ce principe si fécond en chirurgie, que, à défaut de pouvoir enlever le mal faisant obstacle à une fonction, il faut le surmonter pour rétablir celle-ci et favoriser la guérison par le repos de l'organe malade. Le succès de cette tentative est donc un encouragement pour la renouveler.

L'*étirement* ou élongation des nerfs se substitue de plus en plus à leur division, avec ou sans résection, surtout d'après les exemples de réunion consécutive constatée jusque sur le nerf optique par les expériences de névrotomie faites sur les animaux. Quelques applications tentées contre la sciatique et les névralgies faciales ayant réussi en Angleterre comme en Allemagne, sans autre inconvénient qu'une paralysie temporaire, semblent en faire une méthode générale. Mais les observations, rares et récentes, ne garantissent pas encore de ceux qui peuvent résulter des désordres

considérables provoqués par le manuel opératoire. On ne doit donc y recourir qu'avec prudence et réserve et comme dernière ressource.

L'emploi de ces diverses petites opérations sera facilité par les *deux nouveaux anesthésiques*, dont l'action rapide et instantanée suffit à faire taire la douleur passagère qu'elles provoquent, sans les dangers ni les inconvénients de l'éther et du chloroforme.

Des formes pathologiques nouvelles : la *cystite scléreuse*, la *cystocèle inguinale*, l'*entorse juxta-épiphysaire*, les *hernies propéritonéales*, la *périostite externe*, diverses *tumeurs testiculaires*, ont été éclairées ou élucidées par des observations cliniques. Trois cas de luxation des vertèbres observés chez des hommes jeunes, dans le service du professeur Azam, de Bordeaux, et suivis d'autopsies, ont été, de la part de ses internes, l'objet d'une étude fort intéressante, qui devrait bien servir d'exemple. En comparant les symptômes avec les lésions pathologiques, ils en ont fait une véritable démonstration expérimentale, beaucoup plus concluante que toutes celles qui se font sur les animaux. La perte de connaissance, de la parole et autres troubles cérébraux sont ainsi prouvés par l'intensité même du *shock* résultant du traumatisme, de même que les troubles médullaires. La motilité, la sensibilité, l'action réflexe, les troubles oculo-pupillaires et génito-urinaires des appareils digestif, respiratoire et circulatoire, de la température, et jusqu'aux troubles trophiques, sont ainsi étudiés tour à tour, de manière à former un programme à suivre dans les autres cliniques officielles. (*Revue mens.*, juillet.)

Mentionnons en terminant le dédoublement de cette

publication périodique en faveur de la chirurgie, qui jouit ainsi d'un organe spécial.

V

En s'isolant du cadre général de la pathologie, les spécialités n'ont eu pendant longtemps qu'un domaine fort limité, sur un organe et ses fonctions, sinon une maladie unique. L'œil ou l'oreille ont été le seul champ d'exploration de certains spécialistes, sans remonter aux causes générales des lésions ni aux effets sympathiques qu'elles provoquent. La prophylaxie n'était pas de leur ressort ; c'étaient de simples guérisseurs.

Avec les progrès de la physiologie, leur rôle a bien changé, et, de leur cercle local et étroit, ils embrassent la pathologie tout entière, en remontant des effets aux causes. L'ophthalmologie emprunte ainsi à la gynécologie, et l'otologie y fait aussi excursion. Exemple : le professeur Wharton Jones a élucidé la nature et le traitement des maladies de l'oreille par les connaissances les plus positives sur la nature et le traitement des maladies des yeux, dans une leçon au Collège de l'Université de Londres (*Lancet*, 7 février.) Les rapports de la surdité et des affections oculaires avec la menstruation sont rendus évidents par des faits, et cette solidarité physiologique montre que toutes les fonctions se tiennent dans l'organisme vivant.

Mieux comprises et étudiées plus scientifiquement, toutes les spécialités prennent ainsi un accroissement proportionné à leur importance, grâce surtout aux

Congrès annuels, généraux ou spéciaux, où elles sont toujours dignement représentées.

L'OBSTÉTRIQUE y occupe le premier rang, aux mots *Accouchement* et *Grossesse*. Les bons effets de l'isolement des accouchées en ressortent avec éclat. L'institution d'une nourricerie artificielle à Paris, en provoquant des débats passionnés, nous a conduit à faire un résumé de cette question au mot *Allaitement*.

A ce qui précède sur la GYNÉCOLOGIE, qui en est comme l'annexe, s'ajoute un mode particulier de traitement de la *dysménorrhée membraneuse* et des *fibromes utérins*. Une application du procédé de Muller et un nouveau moyen d'hémostase dans l'*hystérectomie* ont aussi leur intérêt pour cette affreuse mutilation, aussi bien que le drainage abdominal dans l'ovariotomie. Mais rien n'est plus curieux que le succès de la castration simulée chez une hystérique, car cette opération par sa gravité, en devenant plus fréquente chez la femme que chez l'homme, menacerait le genre humain. Les anomalies de la menstruation en résultant, ayant remis en question ses rapports avec l'ovulation, nous avons cru devoir revenir et insister sur la physiologie de cette fonction et celle de la génération même, éclairée par de nouvelles expériences sur le rôle des zoospermes.

L'HYGIÈNE a pris, sous l'initiative privée, un libre essor par l'étude et la discussion publique des questions les plus diverses s'y rapportant, comme on peut en juger. Celles de l'*alcoolisme* et de l'*allaitement*, des professions, de l'alimentation et de salubrité publique prennent chaque jour plus d'importance. Les administrations locales seront ainsi forcées moralement d'en exécuter les décisions scientifiques. La publica-

tion du bulletin statistique municipal de Paris a servi dès la première année à mettre en évidence un fait de la plus haute gravité : c'est le danger de placer, de concentrer, dans un local central, des malades atteints d'affections contagieuses pour les isoler. Les populations environnantes sont menacées de la contagion, comme des exemples en sont relatés à *Diphthérite* et *Variole*. Les rigueurs de l'hiver dernier ont également démontré des accidents d'*asphyxie* et de détonation dans le voisinage des usines à gaz par l'infiltration souterraine de celui-ci. Il y a donc lieu de se prémunir contre ces nouveaux dangers.

Entre autres contributions à la MÉDECINE LÉGALE figure la découverte italienne des ptomaïnes au sein des cadavres, qui peut avoir une si grande portée sur les recherches chimiques. (Voy. *Cadavres*.) Et, quant à la TOXICOLOGIE s'y rapportant, les nouvelles recherches expérimentales sur l'absorption de l'*arsenic* méritent aussi une mention spéciale.

L'OPHTHALMOLOGIE s'est enrichie de la création d'une clinique nationale pour prévenir la cécité en France et d'un nouvel organe périodique, les *Archives d'ophthalmologie*, sous la direction du professeur Panas. L'indication différentielle de l'énucléation et de la névrotomie ciliaire, résolue scientifiquement, est aussi un progrès considérable de l'année.

La Faculté semble d'ailleurs vouloir posséder ses organes officiels depuis l'institution des chaires spéciales. Le professeur Ball a pris la direction de l'*Encéphale*, avec M. Luys. La folie y sera donc traitée de main de maître, comme au mot *Aliénation mentale*. La *Syphiliographie* pourra naître aussi de ce mouvement gé-

néral. En ce temps de spécialisation extrême, il est convenable que les spécialistes officiels marquent les grandes lignes de leurs divisions, pour se distinguer des vulgaires industriels.

La fréquence de la *laryngite syphilitique*, sans rappeler les autres complications démontrées par la spécificité du traitement, ni les dénominations nouvelles, ni les contributions au *chancre*, ni le chantage au viol, ni tant d'autres méfaits du terrible mal, nous amène directement à la LARYNGOLOGIE, une des spécialités les plus récentes et des mieux tenues et représentées, comme le Congrès spécial de Milan en a fourni l'exemple. Des affections nouvelles sont découvertes et traitées topiquement à l'éclairage du laryngoscope. En aidant à mieux distinguer les lésions et leur siège, il en précise les indications : celles de la trachéotomie par exemple dans le *cancer* et le *spasme glottique*. Une chirurgie spéciale en est même résultée. Le succès merveilleux de *laryngectomie* ne doit sans doute pas faire oublier les désastres antérieurs de cette opération; mais elle montre la toute-puissance de l'art contre des lésions non cachectiques.

VI

Au simple index de ces travaux les plus importants de l'année, formant ici le dessus du... livre, pour ne pas dire la fleur, il n'y a pas à s'étonner de son ampleur. Combien d'autres cependant ont été omis à dessein, comme n'ayant pas le caractère de nouveauté et d'utilité pratique que nous recherchons. Il contient d'ail-

leurs, comme chaque année, les lois, décrets, arrêtés ou ordonnances concernant les intérêts professionnels et formant la jurisprudence de l'*enseignement* et l'*exercice*. Le programme des prix à décerner et les résultats scientifiques des concours et des congrès sont enregistrés, sans nous faire le porte-voix de personne. Nous annonçons ainsi le Congrès international de médecine qui aura lieu à Londres du 4 au 15 octobre prochain, dont la souscription est d'une guinée, et la prochaine réunion de l'Association française pour le progrès des sciences à Alger, à l'époque ordinaire de ses séances. Ce sont deux rares occasions pour les médecins français de faire une excursion utile et agréable à l'époque des vacances.

Contrairement au journal, dont le but et l'intérêt sont surtout l'actualité, ce Dictionnaire n'a pas à enregistrer tous les projets on propositions surgissant au jour le jour et qui ont fait tant de bruit pour rien. Tel le projet de loi sur le service de santé de l'armée et celui des pensions aux veuves et orphelins des médecins civils, la création d'une chaire d'anatomie pathologique, etc., etc. Le projet sur la *vaccine obligatoire* a seul été reproduit, comme ayant chance d'être discuté. Mais nous tenons à rendre hommage à la mémoire des illustres morts de la confrérie. La France a été relativement ménagée cette année, surtout comparativement à l'Angleterre. Mais la mortalité considérable de Paris classera 1880 comme une année meurtrière et épidémique.

P. GARNIER.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1880

A

ABCÈS. Le pansement de Lister est, suivant M. Trélat, le meilleur moyen de tarir rapidement la suppuration des abcès chauds. Il a ainsi obtenu la guérison d'un phlegmon suppuré de l'aisselle en six jours. Dès le lendemain du premier pansement, la rougeur disparaît avec la douleur et le gonflement. Une large incision avec injection et lavages phéniqués à 3 0/0 sont indispensables pour enrayer en vingt-quatre heures le processus inflammatoire, sans cataplasmes ni épithèmes. (*Assoc. française*, août.)

Il y a bien dix ans, dit M. Lucas-Championnière, que je n'ai prescrit un cataplasme sur un abcès ouvert. Il suffit d'avoir suivi cette pratique une ou deux fois pour voir que la douleur est aussi bien calmée et que la durée de la suppuration est ainsi diminuée des deux tiers ou des trois quarts. Voici la méthode employée à cet effet.

Quel que soit le siège de l'abcès, et avant de l'ouvrir, on en lave soigneusement la surface, surtout si elle a été recouverte d'un cataplasme, avec l'eau phéniquée forte. Le bistouri doit être trempé dans l'huile phéniquée, et après une large incision, pour que l'issue du pus soit facile et complète, on injecte la solution forte dans la cavité. Un drain pourvu de fils est ensuite placé, recouvert d'un gâteau de charpie

imbibé d'eau phéniquée faible, avec une feuille de taffetas gommé par-dessus pour empêcher l'évaporation. Ce pansement bien fixé ne doit être renouvelé que toutes les vingt-quatre heures. On retire le tube pour le laver et le raccourcir, sans injections nouvelles, avec un simple tampon comme le précédent.

Il est surprenant de voir combien, sous l'influence de ce traitement, la suppuration se tarit vite, la rougeur des plaies est insignifiante, et la douleur est aussi bien calmée qu'avec le cataplasme. Des abcès grands et petits, périnéphrétiques, de la fosse iliaque, du sein, de la paume de la main, ont donné une suppuration très atténuée, sans cicatrices apparentes ni raideur consécutive. C'est donc une grande simplification et une amélioration considérable. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, octobre.)

Cataplasmes phéniqués. Le danger des animalcules nuisibles, qui se rencontrent ordinairement dans le cataplasme de farine de lin surtout, fait souvent négliger l'emploi de ce topique sur les plaies par la crainte d'y développer la pyoémie ou la septicémie. Pour en utiliser sans danger les propriétés bienfaisantes : chaleur et humidité prolongées, surtout contre les abcès, le docteur Périer étend, à la surface d'un épais cataplasme, une couche aussi épaisse que possible d'huile phéniquée au dixième pour en neutraliser les produits malfaisants. Il empêche ainsi la putréfaction du pus et exerce une action bienfaisante sur les lèvres de la plaie en la plaçant à l'abri de l'air.

Pansés ainsi avant et après leur ouverture, les abcès se détergent et se cicatrisent rapidement, sans présenter les phénomènes de putridité fétide observés avec le cataplasme ordinaire. Ce cataplasme phéniqué est aussi appliqué avec avantage sur les plaies irritées. (*Idem*, mai.)

Abcès froids tuberculeux. Chirurgien d'un hôpital d'enfants, M. Lannelongue a souvent observé, sur des constitutions plus ou moins entachées de scrofule ou de tuberculose, des collections purulentes chroniques coïncidant ou non avec une lésion osseuse, mais sans communication directe avec elle. Une phalange est atteinte par exemple, *spina ventosa* du pouce ou de l'auriculaire, et des abcès

froids se développent à l'avant-bras ou bien en dehors même et loin du membre lésé. Ces abcès ne sont ni migrateurs ni ossifluents, et sans rapport anatomique avec la lésion osseuse. Ils n'en sont donc pas symptomatiques.

Au lieu d'en attribuer vaguement la formation au mauvais état de la constitution, comme on le fait généralement, l'auteur, fidèle à sa théorie de l'ostéo-myélite locale, est disposé à admettre que la tuberculose se manifeste dans le tissu cellulaire comme dans le tissu osseux par des noyaux tuberculeux charriés par les vaisseaux lymphatiques et se déposant dans les divers points du membre ou du corps. D'autant plus que, dans ces cas, les viscères sont rarement lésés; ces petits abcès coïncident de préférence avec des lésions localisées aux petits os.

Ces lésions osseuses font même entièrement défaut parfois, et ces petits abcès sont comme la manifestation externe de la diathèse tuberculeuse. Au début, on trouve un noyau dur comme un grain de riz qui grossit ensuite et se ramollit au centre. A l'examen histologique, ces noyaux sont remplis de matière tuberculeuse, entourée de bourgeons charnus qui en sont la conséquence par l'inflammation qu'elle provoque. Ces bourgeons forment la membrane pyogénique. Une poche pleine de pus est la caractéristique de ces abcès froids. Elle est déchiquetée à l'extérieur, et les tissus détruits autour par l'oblitération des petits vaisseaux. La poche s'étend avec la destruction.

La résolution a lieu parfois par résorption de la matière, et il ne reste que des bourgeons qui, en devenant fibreux, forment une induration. D'autres fois, l'abcès s'ouvre lentement par ulcération et l'évolution se continue dans la paroi.

De là un traitement spécial. Si la membrane pyogénique joue un grand rôle dans l'évolution de ces abcès, il faut la modifier ou la détruire. A cet effet, M. Lannelongue applique une bande d'Esmarch sur le membre et gratte la poche, ou bien il emploie les injections et le drainage. Autrement, la matière tuberculeuse peut être reprise et charriée par les lymphatiques ou les veines et amener la phthisie pulmonaire ou une tuberculisation généralisée. De là l'indication de détruire l'abcès tuberculeux en ruginant ses parois.

A en juger par ce qui s'observe chez l'adulte, M. Le Dentu n'admet pas que ces abcès soient toujours d'origine tuberculeuse. La lymphangite chronique peut, à la suite d'une simple écorchure, déterminer une série d'abcès profonds échelonnés sur les membres, gros comme des noix ou des noisettes. Il en a observé deux cas. L'ouverture et la cautérisation en sont le meilleur mode de traitement. Il ne faut donc pas confondre ces cas.

De petits abcès froids sous-cutanés peuvent aussi se développer par embolie dans les vaisseaux lymphatiques, d'après M. Verneuil. C'est l'adénite des glandes sudoripares, qu'il a décrite autrefois. L'étiologie de ces abcès froids et même tuberculeux n'est donc pas unique. (*Soc. de chir.*, février.)

Abcès du cerveau. Ils seraient à redouter chez les individus atteints de certaines malformations cardiaques et en particulier de la persistance du trou de Botal ou du moins de son occlusion incomplète. Dans six observations de ce genre, dont une personnelle, recueillie à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille sur un garçon de quinze ans, M. Ballet a constaté un abcès du cerveau à l'autopsie, dont quatre fois dans l'hémisphère droit, sans que leur formation pût être rationnellement rapportée à une autre cause. L'étiologie en est bien obscure; mais c'est là une coïncidence curieuse, qu'il serait intéressant de confirmer par des observations ultérieures. (*Arch. de méd.*, juin.)

Abcès périnéphriques. *Thermo-cautère.* M. Duguet reçoit dans son service, le 24 décembre, un homme de trente-six ans, présentant un faciès grippé, un pouls fébrile, se plaignant d'une douleur fixe au niveau du rein droit et offrant dans cette région une tuméfaction avec de l'œdème. Il s'agissait évidemment d'un phlegmon périnéphrique. Les émissions sanguines, les bains ne purent en arrêter la marche, et, le 9 janvier, la fluctuation indiquait nettement la formation d'un abcès. M. Duguet fit venir M. Périer, qui, après avoir anesthésié la région par une application de glace, fit avec le thermo-cautère, au-dessous de la fausse côte inférieure, une incision de six centimètres qui donna issue au pus. Ce malade guérit très rapidement.

Dans le même temps, M. Hayem observait un cas sem-

blable qui fut également opéré avec succès par le thermocautère. Enfin M. Périer, de son côté, eut à traiter dans son propre service un malade atteint de la même affection et guéri de la même façon. Dans aucun de ces trois cas, il ne fut constaté de lésion des reins. M. Duguet appelle l'attention sur la coïncidence de ces trois cas d'abcès périnéphriques observés en même temps dans le même hôpital, sans lésion des reins et très probablement causés par les grands froids.

M. C. Paul a observé dans son service une femme de quarante ans présentant une tuméfaction dans la région rénale du côté droit, bientôt accompagnée de fluctuation; on fit la ponction, qui donna issue à 200 grammes de pus. Toute la tumeur a disparu avec le pus; mais, presque en même temps, cette femme avait une évacuation biliaire considérable, indiquant qu'il y avait eu aussi quelque chose du côté de la vésicule biliaire. Il y aura donc lieu de tenir compte de cette éventualité à l'avenir, malgré sa rareté. (*Soc. méd. des hôpit.*, janvier.)

Quant à la simultanéité de ces phlegmons périnéphriques, indépendants de toute lésion rénale, il est difficile d'en découvrir la cause, sinon dans le froid intense, dont deux de ces malades avaient souffert. Mais, en l'absence de cette cause dans les deux autres cas, la solution étiologique reste indécise.

Ponction aspiratrice. Quoique justement rejetée en principe, elle a suffi à amener une guérison complète chez un relieur de trente-neuf ans, sujet depuis l'âge de vingt ans à des crises rénales douloureuses avec hématurie. Comme elles se répétaient plus intenses au mois de décembre, avec des urines purulentes et l'apparition d'une tumeur fluctuante dans le flanc gauche, donnant un son clair hydro-aérique à la percussion, le professeur Reverdin diagnostiqua un phlegmon périnéphrique. Craignant qu'une poche aussi vaste, en communication avec les voies urinaires, ne s'enflammât en étant ouverte avec le bistouri et ne déterminât des accidents septiques graves, une simple ponction fût faite, le 29 décembre, avec le plus fort trocart Potain, et il s'en écoula trois litres un quart de pus jaune, épais, crémeux, sans grumeaux et complètement inodore. De claire, l'urine de-

vient laiteuse et laisse déposer un tiers de pus les jours suivants. L'opéré se lève le 1er janvier, et le pus augmente en quantité très notable et forme les trois quarts de la miction. Puis il diminue graduellement à partir du 4, et, malgré quelques petits incidents de convalescence, la guérison était complète. Au mois de mars dernier, plus de deux ans après, cet homme jouissait de la plus parfaite santé. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août.)

Abcès du foie. *Confusion avec la pleurésie diaphragmatique.* La difficulté d'établir le diagnostic est démontrée de nouveau par un fait observé à l'hôpital de Médéah, par le docteur Védel, sur un Européen de trente-cinq ans, acclimaté depuis cinq ans. Une vive douleur dans l'hypocondre droit, à la hauteur de la dixième côte et s'irradiant jusqu'à la clavicule, avec toux opiniâtre, quinteuse, expectoration abondante, sans réaction fébrile, en étaient les signes principaux. Quoique l'auscultation et l'examen ne fournissent aucune autre indication, on pouvait croire à une pleurésie diaphragmatique, d'autant plus que les symptômes généraux : vomissements, diarrhée, embarras gastrique, hypertrophie du foie, accès fébriles irréguliers et l'ascite, faisaient absolument défaut. L'existence d'un point douloureux épigastrique au niveau de la dixième côte a pu surtout tromper l'observateur. La toux, la dyspnée, la matité et l'absence de murmure vésiculaire à la base du poumon étaient de nature à l'autoriser. Des craquements fins et nombreux étaient rattachés à des adhérences pleurétiques, et la coïncidence des gargouillements avait fait rejeter l'existence d'une caverne pour celle d'une poche purulente enkystée de la plèvre.

Le foie, au contraire, en faisant saillie dans le thorax, déterminait tous ces symptômes, et si l'empyème eût été pratiqué, conformément au diagnostic, entre la cinquième et la sixième côte, l'instrument eût manifestement lésé le poumon. Le pus lui-même ne pouvait rectifier le diagnostic, car il était blanc-verdâtre et crémeux, comme dans les pleurésies purulentes, sans trace de lobules sécoraux ni de bile.

L'abcès du foie peut donc évoluer sans fièvre et sans que l'urée soit en proportion avec la destruction de son paren-

chyme. De là la difficulté du diagnostic et l'impossibilité même de le faire dans certains cas. (*Tribune méd.*, p. 245.)

ABSORPTION *par les voies biliaires.* Une expérience aussi simple que concluante à ce sujet a été faite par le professeur P. Picard, de Lyon. Il injecte directement dans l'estomac de deux chiens en digestion une solution de prussiate de potasse à 10 grammes de ce sel pour 100 volumes d'eau. L'un en reçoit 40 centimètres cubes et l'autre 20 seulement. Les plaies fermées, on constate que ni l'un ni l'autre ne manifeste des phénomènes morbides pouvant être attribués à la substance injectée, quoique positivement absorbée, comme le démontre sa présence dans l'urine.

20 centimètres cubes de la même solution sont introduits dans le canal cholédoque d'un troisième chien, sans que le piston de la seringue éprouve la moindre résistance. Le liquide pénètre aussi facilement que dans un espace, et instantanément l'animal succombe ; il est foudroyé avec tous les signes de l'empoisonnement par le prussiate de potasse, aussi manifestes que si le poison avait été injecté dans le bout central d'une veine. L'autopsie immédiate montre en effet le cœur arrêté et le ventricule gauche rempli d'un sang rouge artérialisé, signe certain d'un arrêt primitif du cœur entraînant celui de la respiration et de toutes les autres fonctions à sa suite.

La signification de ces résultats diamétralement opposés, négatifs et positifs, est donc bien claire : c'est l'absorption rapide et intense par les voies biliaires dans les deux cas. De là l'explication de ces résorptions biliaires soudaines, se manifestant par l'ictère, lorsqu'un obstacle même faible s'oppose à l'écoulement de la bile dans l'intestin. Elle donne aussi la raison de la présence si fréquente des matières colorantes de la bile dans l'urine, même chez l'individu sain.

Toute la différence de l'action toxicologique du poison est donc son accumulation dans le sang. Il y passait très lentement chez les deux premiers chiens, car on a constaté directement sa présence dans l'urine de l'un d'eux vingt-cinq minutes après son absorption, alors que l'on ne pouvait encore la déceler dans le sang ; tandis qu'il s'y trouva immédiatement entraîné chez le troisième. Entraîné rapide-

ment par les reins, il n'a pu ainsi produire d'effets toxiques dans les deux premières expériences, tandis qu'en pénétrant d'emblée dans le sang, il a déterminé la mort soudaine par l'arrêt du cœur.

Il ne suffit donc pas d'introduire une substance toxique dans les voies digestives pour produire l'empoisonnement. Tout dépend de son absorption et de son mode d'élimination, qui, en compensant la première, peut en annihiler les effets. Une substance n'est innocente que si, après s'être accumulée dans le sang, elle ne détermine pas d'effet toxique. (*Soc. de méd. de Lyon*, mai.)

ACCOUCHEMENTS. On s'est souvent émerveillé de l'accouchement facile des sauvages, indiennes ou négresses, pour condamner la civilisation, qui réduit les femmes de nos grandes cités à se faire assister et à être si souvent ainsi les victimes innocentes de la Maternité. Eh bien, devant ce fait vrai, il y avait une interprétation erronée. M. Hamy, en établissant des courbes sur le développement de la taille des embryons et des fœtus selon la race, a constaté que le nègre, pendant la vie intra-utérine, est toujours plus petit que le blanc. De là le secret de l'observation faite par les médecins des pays chauds que l'accouchement était toujours très facile chez les négresses en raison de la petitesse de la tête. Celle des mulâtres est intermédiaire entre celle du nègre et du blanc. Ce n'est donc pas la civilisation qui fait la différence, c'est la nature. (*Soc. de biol.*, 21 février.)

Lacérations du col de l'utérus. Elles sont si fréquentes en Amérique que le docteur Goodell les a rencontrées chez un sixième de ses malades. Il les attribue surtout à l'intervention trop active et empressée des accoucheurs américains. La rupture prématurée de la poche des eaux, l'application du forceps et les tentatives manuelles pour repousser la lèvre supérieure sur la tête de l'enfant, lui en paraissent les principales causes. Une grande réserve doit en effet être gardée dans toutes ces manœuvres.

Effets de l'isolement. Sur 710 accouchements effectués au pavillon Tarnier de la Maternité de Paris, du 3 juillet 1876 au 8 janvier 1880, on compte :

Accouchements naturels	653
Applications de forceps	41
Version	5
Crâniotomie	1
Rachitomie	1
Bassins viciés	9

Sur ce nombre, il y a eu six décès, dont quatre par péritonite et deux par infection purulente.

De ces six femmes, l'une avait une tumeur fibreuse qui se désorganisa après l'accouchement; chez une autre, on fut obligé de pratiquer la délivrance artificiellement, et une troisième eut une grossesse gémellaire, et l'extraction d'un des enfants avait nécessité quelques manœuvres. Les trois autres avaient eu des accouchements spontanés et normaux.

La proportion de mortalité est ainsi réduite à 1 sur 118, tandis que, pendant le même laps de temps, à la grande Maternité, elle a été de 1 sur 42,6.

L'explication de cette énorme différence se trouve dans l'isolement des accouchées dans des chambres séparées, quatre au rez-de-chaussée et quatre au premier étage, dans un pavillon séparé, dont tout l'ameublement est en fer, muni d'eau chaude et froide. La femme y est comme chez elle et y accouche. Jamais elle n'en sort sans que la chambre soit nettoyée, ventilée et remise à neuf avant qu'une autre y rentre.

Quand une femme accouchée devient malade, sa porte est rigoureusement interdite au personnel ordinairement chargé du service. Un médecin de l'hôpital du Midi soigne cette malade, qui a, par exception, une garde spéciale, avec défense pour celle-ci de pénétrer dans les autres chambres.

Aussi M. Tarnier est-il encore étonné de cette mortalité. Il l'attribue au linge plus ou moins bien lavé de la maison et se propose à l'avenir de le faire désinfecter par l'air chaud pour plus de sécurité. (*Soc. de méd. publique*, 28 avril.)

Constriction de l'orifice interne. Cette complication rare est d'autant plus remarquable dans le cas du docteur Stone, que l'anesthésie permit la délivrance. C'était chez une primipare, qui, malgré une dilatation complète après douze heures environ de souffrances, présentait un col long et

nullement effacé. Présentation de la tête en occipito-antérieure gauche. Le forceps fut appliqué dans le col, et, malgré de fortes tractions, il glissa à deux reprises. Le toucher perçut alors un cercle dur, rigide, de l'orifice interne, serré sur le cou du fœtus et empêchant l'expulsion des épaules. On éthérisa la patiente, et une troisième application étant renouvelée amena heureusement l'expulsion d'un enfant mort.

L'effet sédatif de l'anesthésie, en pareil cas, peut être comparé à celui de la saignée, préconisée par Dewees, mais il en est de rebelles à ces moyens. Le docteur Hosmer en a observé un, en 1876, où la constriction sur le tronc du fœtus était si intense — *the firm band holding like iron* — que l'anesthésie fut employée en vain; il fallut recourir à l'opération césarienne. (*Obstetrical Soc. of Boston*, 11 octobre 1879.)

Dans un cas analogue (V. Grossesse, 1864) où les fibres circulaires de l'orifice interne, placé très haut sous le pubis, étaient hypertrophiées, dures et comme métalliques, il suffit à M. Depaul, après avoir constaté cette disposition anormale, d'inciser cette bride avec un bistouri convexe et boutonné, dans l'étendue de deux centimètres environ, pour introduire la main, saisir l'enfant mort, putréfié et l'extraire. N'a-t-on pas confondu avec cette constriction de l'orifice interne la disposition de l'utérus en sablier ou compte-minute? Comment admettre que la tête puisse franchir cet obstacle pendant le travail pour se fermer ensuite tétaniquement sur les épaules ou le tronc? De là probablement les deux espèces différentes de cette constriction en dilatable et non dilatable. Il est ainsi indiqué de bien s'en rendre compte avant d'agir et d'opposer l'anesthésie à la première, qui ne saurait être que spasmodique, tandis que l'incision convient seule à la seconde par sa nature organique.

Action de la belladone. Chez une Française en travail de son cinquième accouchement, le 14 août dernier, le docteur L. Smith (du Connecticut) trouva des douleurs fortes et régulières sans dilatation appréciable. Au contraire, le col semblait devenir de plus en plus rigide et dur. Cet état ne changeant pas après douze heures d'examen, il fit une

application de pommade belladonée sur le col de l'utérus pour en neutraliser la rigidité. Cette pommade était préparée selon le formulaire des États-Unis. La femme se plaça dans un fauteuil, et, en moins d'un quart d'heure, elle se plaignit de vertiges, puis d'une grande soif, avec sécheresse et brûlure de la gorge, envies de vomir, mouvements spasmodiques des bras, comme pour attraper des fantômes. Le pouls devint faible, les extrémités froides et les pupilles très dilatées.

Ces symptômes s'étaient succédé, malgré une douche abondante d'eau chaude dans le vagin dès le début. Leur progression alarmante fit recourir à une injection hypodermique avec 15 milligrammes de sulfate de morphine. Les convulsions diminuèrent aussitôt et disparurent en une heure; mais la soif et la sécheresse de la gorge persistèrent dix à douze heures, sans progression du travail ni de la dilatation, tellement que l'accoucheur quitta la femme à six heures du matin.

Il n'y eut plus dès lors trace de douleurs pendant dix jours, quand elles reparurent soudainement, et, en trois heures, provoquèrent spontanément la naissance d'un gros garçon bien portant.

Cet exemple de susceptibilité individuelle à l'action de la belladone n'y doit donc faire recourir qu'à doses croissantes, car son action délétère peut donner lieu aux plus graves embarras. (*Boston med. and surg. journ.*, décembre 1879, n° 25.)

Anesthésie obstétricale. Il convient d'en montrer l'efficacité sur la rigidité après le cas précédent. C'était chez une primipare de vingt ans, entrée le 3 mai à la clinique d'accouchements. Un col très épais, dur, résistant et dilaté à cinq centimètres, est constaté à cinq heures du matin. Quatre heures après, l'état était le même, malgré des douleurs atroces. La face est rouge, vultueuse, couverte de sueur, avec anxiété extrême. La femme accepte d'être chloroformisée, et, dès le début des inhalations par M. Budin, la contraction est moins sensible, et bientôt la douleur a complètement disparu. Deux heures après, et sans que la femme eût éprouvé la moindre perte de connaissance, en répondant à toutes les questions, la tête était à la vulve. On cesse l'anes-

thésie, et les cris recommencent, aussi perçants que le matin. L'agitation est telle pendant l'expulsion que, malgré les précautions prises, une déchirure s'ensuit à la fourchette.

On est donc obligé de reconnaître que la rigidité de l'orifice utérin a disparu sous l'influence de l'anesthésie. (*Journ. des connaiss. méd.*) N'en eût-il pas été de même avec un simple lavement avec deux à quatre grammes de chloral?

Impaludisme. En imprimant à l'économie tout entière un cachet de débilité, de cachexie, il prédispose les nouvelles accouchées à des complications fâcheuses, comme les hémorrhagies, l'écoulement prolongé des lochies et la récidive des accès, dont le docteur Bureau relate des exemples. C'est pour prévenir ces accidents qu'il fait administrer, après la délivrance des femmes habitant des pays marécageux ou sous l'influence manifeste de l'impaludisme, 2 grammes de seigle ergoté en quatre doses à un quart d'heure d'intervalle. Il prescrit ensuite 3 grammes de sulfate de quinine en six doses, une prise tous les trois jours. Les bons effets qu'il en a obtenus sont une indication pour tous les praticiens d'imiter sa conduite. (*Revue mens.*, mars.)

Accouchement provoqué. *Injections de pilocarpine.* Une application en a été faite à Bruxelles par le docteur Lucien Wilmart, dans des conditions qui semblent la rendre concluante sur l'action ocytocique de cet agent énergique. C'était sur une indigente de trente-cinq ans environ, petite et maigre, atteinte d'un rétrécissement du diamètre sacro-pubien réduit à sept centimètres et une légère fraction. Appelé deux ans auparavant dans un accouchement laborieux, il avait été obligé d'appliquer le forceps-scie, comme on l'avait fait déjà dans un précédent accouchement à l'hôpital Saint-Jean sur la même femme. Elle vint donc au sixième mois de sa troisième grossesse, pour être soumise à un accouchement prématuré, comme il lui avait été recommandé.

Ce fut le 15 septembre 1879 que, arrivée à sept mois et demi de grossesse, elle fut soumise à une première injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine sous la peau de la cuisse.

Il était neuf heures du matin. Dix minutes s'étaient à peine écoulées, que cette femme éprouve une sensation de chaleur générale. En même temps, la face, les épaules, le ventre, les cuisses prennent une teinte rosée, pour se couvrir ensuite d'une sueur dont la production va en augmentant. Elle perle sur la face, elle ruisselle des cheveux.

Le pouls bat régulièrement, légèrement accéléré. La respiration ne se modifie pas ; aucune trace de cyanose. Le système nerveux ne manifeste rien de remarquable. Quelques vomissements de mucosités annoncent la fin de l'orage, qui se dissipe par degrés.

La même injection est renouvelée à une heure de l'après-midi, puis à quatre heures et à neuf heures du soir, avec la répétition exacte des mêmes phénomènes, sans aucune douleur véritable. Une dilatation du col existait cependant au toucher; l'orifice interne admettait facilement l'index.

La nuit se passe sans encombre. Le lendemain, les opérations de la veille sont répétées, sans astreindre la patiente à une diète aussi rigoureuse. Dans le courant de la journée, des douleurs de reins se manifestent, et le col, se dilatant toujours, atteint les dimensions d'une pièce de deux francs.

Le troisième jour, les injections étant continuées, les vomissements sont moins abondants et le col utérin s'ouvre de plus en plus. Enfin vers dix heures du soir, les eaux s'écoulent en masse. L'accoucheuse est mandée en hâte et ne parvient qu'au bout d'une heure à extraire l'enfant, qui avait cessé de vivre.

La cause de ce retard fut que la mère n'éprouvait pas de vraies douleurs expulsives et que le col n'admettait pas facilement l'introduction de la main entière, en raison de son élévation et d'une dilatation encore incomplète.

Les suites de couches furent des plus favorables. Le dixième jour, la femme Parmentier se levait pour vaquer aux soins de son ménage. (*Scalpel*, n° 34.)

Outre que l'on peut accuser ici la pilocarpine d'avoir contribué à la mort du fœtus, il est impossible de lui reconnaître une action locale énergique, suffisante pour l'employer, surtout à cause des effets généraux qu'elle détermine et qui pourraient être plus nocifs sur des organismes très excitables.

Injections d'ergotine. Voy. ce mot.

ACIDE PHÉNIQUE. *Action sur la température.* Voy. FIÈVRES.

ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE. *Compression.* Contre la suffocation qu'elle provoque dans certains cas, convient-il de pratiquer la trachéotomie ? C'est ce que le docteur Raynaud se demandait en présence d'un homme apporté à l'hôpital de la Charité dans un accès de dyspnée si violente que l'asphyxie paraissait imminente. Absence complète de la respiration avec tuméfaction douloureuse du cou. On pouvait croire que l'obstacle à l'entrée de l'air siégeait dans le larynx ; mais un certain degré de matité sous-sternale et la conservation de la voix firent surseoir à l'opération, d'autant plus que le malade dit avoir éprouvé brusquement le même phénomène un an auparavant. On apprit de plus qu'une angine couenneuse datant de deux ans avait été suivie de paralysie diphthéritique, d'aphonie et d'ulcérations des cordes vocales. Absence de toux et de signes de scrofule ni de tuberculose. La submatité à la partie supérieure du sternum, sous l'articulation sterno-claviculaire gauche et dans la région inter-scapulaire, avec exagération des vibrations thoraciques, et la faiblesse du murmure respiratoire firent admettre une compression des bronches et de la trachée par les ganglions hypertrophiés.

Cet ensemble symptomatique suffit, en effet, à justifier ce diagnostic, car si cette affection comporte un bien plus grand nombre d'accidents de compression suivant son siège, chaque cas particulier ne les représente jamais tous. Qu'elle siège sur l'aorte ou les veines pulmonaires, et il y aura de l'œdème du poumon ; la compression de la veine cave supérieure produit l'œdème de la face, celle du pneumo-gastrique la toux coqueluchoïde, qui est un des meilleurs éléments de diagnostic chez les enfants. Le nerf récurrent comprimé entraîne la paralysie des cordes vocales, tandis que c'est celle du diaphragme quand le phrénique est atteint, ou le myosis si c'est le grand sympathique. De là la variété symptomatique de la même cause.

Restait donc à déterminer la cause de cette adénopathie, le plus souvent secondaire. En l'absence d'un état scrofuleux ou syphilitique permettant de l'expliquer, on supposa qu'elle était consécutive aux altérations du larynx. Et pour

expliquer dès lors la production subite des accès de suffocation, il faut admettre qu'au lieu de la paralysie par compression, il peut y avoir au contraire de l'excitation. Il y a ainsi spasme de la glotte dans la compression produite par les anévrysmes de l'aorte. Un phénomène analogue peut se passer dans l'adénopathie trachéo-bronchique et tandis qu'en temps normal un très petit espace libre laissé par la compression suffit au passage de l'air, un spasme glottique, survenant sous une influence très légère, peut déterminer un violent accès de suffocation. Le fait est important, parce que, s'il est démontré que la suffocation est sous la dépendance du spasme, la trachéotomie est indiquée, bien que la compression siège en réalité plus bas que le larynx. On devra donc s'attacher, autant que possible, à établir cette distinction dans tous les cas de compression de la trachée ou des bronches. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mai.)

Action sur la laryngite striduleuse. Voy. ce mot.

ALBUMINURIE. Elle est d'autant plus grave dans la grossesse qu'elle passe inaperçue et n'est pas traitée par le régime lacté. Elle persiste ainsi à l'accouchement et même à l'allaitement et peut ensuite déterminer la mort de différentes manières. M. Debove a observé une gangrène mortelle des extrémités, survenue six mois après une fausse couche, provoquée par l'albuminurie chez une femme de vingt-cinq ans. Une nourrice albuminurique est également morte dans le coma urémique au huitième mois, dans le service de M. Duguet, qui constata une néphrite interstitielle. (*Soc. méd. des hôp.*, février.)

Ce n'est donc plus seulement l'éclampsie de l'accouchement qu'il faut redouter de ces infiltrations de la grossesse. Que les convulsions se manifestent ou non, le rein peut continuer à être malade, à ne pas fonctionner, et c'est toujours là une menace de mort pour la suite.

Division. Trois facteurs président, selon le professeur Semmola, au passage de l'albumine dans l'urine : les conditions chimiques du sang, le degré de pression et la condition des éléments histologiques du rein. De là trois espèces distinctes de la maladie de Bright :

I. **Albuminuries dyscrasiques**, par excès ou altération des albuminoïdes;

II. **Albuminuries mécaniques**, par névropathies, grossesse ou maladie du cœur ;

III. **Albuminurie irritative**, résultant des divers processus irritatifs.

Cette division originale et purement clinique est justifiée par de longs développements, qui placent le refroidissement de la surface cutanée à la base de l'étiologie, et le régime lacté exclusif à la base du traitement. (*Revue mens.*, mars.)

Dualité. La simple réaction des urines albumineuses suffit à prouver que l'albumine n'est pas toujours identique, dit M. Maurel. Les urines des sujets brightiques ou cardiaques, sous l'influence d'un réactif cupro-potassique, donnent un précipité violet, tandis que le coagulum albumineux des fébricitants de pneumonie, fièvre typhoïde, fièvre jaune ou récurrente ne présente pas cette coloration. Dans une épidémie récente de fièvre typhoïde observée à Cherbourg, les urines des malades, traitées par la liqueur de Fehling et une solution de glycose, ne réduisaient pas l'oxyde de cuivre ; mais cette réduction avait lieu, au contraire, en débarrassant préalablement ces urines de l'albumine qu'elles contenaient par la précipitation et la filtration. (*Soc. de biol.*, janvier.)

En traitant les urines albumineuses avec une solution saturée de sulfate de magnésie, le docteur Estelle en a séparé par la filtration deux substances albuminoïdes distinctes : l'une qui est précipitée par ce sel, et l'autre qui ne l'est pas. Or la quantité de la première est souvent supérieure à la seconde; elle paraît exister constamment et constituer l'albuminurie chez l'homme. Sur un poids de 6 gr. 10 d'albumine par litre, obtenu chez un meunier de quarante-cinq ans, atteint de maladie de Bright chronique, l'analyse donna 3 gr. 60 de la première et seulement 2 gr. 50 de la seconde. Une seconde analyse cinq jours après donna, sur un total de 2 gr. 84 d'albumine, 1 gr. 79 de la première et 1 gr. 05 de la seconde. La différence est donc très sensible.

Au contraire, l'albuminurie artificielle, expérimentale, provoquée chez les animaux par l'injection dans le sang

de cette matière albuminoïde dissoute par le sel magnésien, n'en contient pas. La solution magnésienne n'en décèle de nouveau aucune trace, tandis qu'elle apparaît en quantité notable dans l'albuminurie toxique. 10 grammes d'alcool amylique dans 30 grammes d'eau étant injectés dans l'estomac d'une jeune chienne, sur 116 gr. 8 d'albumine totale par litre, l'analyse donne 52 grammes de la première et 64 de la seconde ; mais, sur 100 grammes d'urine recueillie après la mort de l'animal peu de temps après, on ne retrouve plus que 8 décigrammes de celle-ci sur 3 gr. 4 de la première.

Conduit à admettre, d'après ces faits, une concordance entre cette première matière albuminoïde des urines albumineuses et la quantité existant dans le sérum sanguin, l'auteur a fait quelques expériences sur le sang des albuminuriques. Trois saignées lui en ont fourni l'occasion, et constamment la partie traitée par la solution du sulfate de magnésie a donné une quantité bien supérieure au précipité obtenu par l'acide nitrique. Voici les résultats comparatifs du sang et de l'urine de deux malades :

		Sang.	Urines.
I. 85 gr. d'albumine par litre.		54 gr. 4 de la première. 30 gr. 5 de la seconde.	11 gr. 92 { 7 gr. 2. 4 gr. 5.
II. 53 gr. 9	»	35 gr. 9. 17 gr. 8.	10 gr. 92 { 7 gr. 3. 3 gr. 4.

Un rapport complet est ainsi établi mathématiquement entre ce produit albuminoïde du sérum sanguin, appelé *globuline* par les auteurs allemands, et sa quantité contenue dans l'urine. Sa quantité supérieure par rapport à la *sérine* est de même établie dans l'albuminurie ; d'où cette conclusion : que la proportion de ce produit dans l'urine albumineuse est sous la dépendance de la composition du sérum. (*Contribution à l'étude des matières albuminoïdes contenues dans l'urine albumineuse.* Thèse inaugurale, par A. Estelle, Lyon, 1880, et *Revue mensuelle*, n° 9.)

Fréquence de la rétinite. Elle a varié suivant les divers observateurs : Wagner la fixant à 9. pour 100, Galezowski à 33 et Landouzy à presque tous les cas. Cent cas de reins

granuleux ayant été examinés à ce *point de vue* par M. Eales, il a trouvé dans vingt-huit seulement des modifications morbides de la rétine, douze fois dans les deux yeux, seize dans un seul. Cette proportion se rapproche donc de celle de M. Galezowski.

Une mauvaise vue n'est pas toujours un signe de cette altération de la rétine, pas plus qu'une bonne vue indique son intégrité. Sur quarante-six malades, dont l'état de la vue fut vérifié avant l'instillation de l'atropine, vingt-huit se plaignaient d'une mauvaise vue, tandis que six seulement présentèrent des altérations de la rétine à l'examen. Au contraire, sur dix-huit malades ayant une bonne vue, cinq présentaient des taches. Les modifications locales de la rétine n'altèrent donc pas toujours la vision. Trouvée normale à différentes épreuves chez six malades, même par la dilatation de la pupille, elle n'en présenta pas moins des altérations à l'examen.

Outre la rétinite, trois malades présentèrent des modifications commençantes de la papille, et l'opacité du cristallin existait chez quatorze, double et commençante dans onze cas, et simple dans trois seulement. Le plus souvent, ces lésions étaient en rapport avec la quantité d'albumine dans l'urine. Tandis que la moitié des cas de rétinite coïncidaient avec la constipation, celle-ci n'existait que chez un sixième des malades exempts de cette complication. (*Birmingham med. Review*, janvier.)

Albuminuries toxiques. Elles se réduisent à trois types, selon M. Rabuteau. L'action locale du poison par son élimination avec l'urine détermine une lésion rénale. La cantharidine, transportée dans le sang sans être modifiée, agit ainsi comme irritant local sur tous les systèmes organiques, le rein en particulier (Voy. NÉPHRITE CANTHARIDIENNE). La colchicine, les mélanges d'iodates et d'iodures, ne se décomposant pas par l'acidité de l'urine, produisent le même effet.

Les alcools amyliques et propyliques à haute dose déterminent aussi une légère albuminurie, avec destruction des globules rouges.

Les métaux toxiques, au nombre de plus de quinze, tout en s'éliminant surtout par le foie, déterminent aussi des

altérations du rein ; mais les urines ne deviennent que tardivement albumineuses et ne contiennent pas le poison. (Soc. de biol., 6 mars.)

Albuminurie diphthéritique. Aucune maladie antérieure ou concomitante n'ayant pu s'ajouter à la diphthérite, dans deux cas, l'un d'empoisonnement lent, l'autre rapide, où M. Brault a vu la substance rénale congestionnée dans son ensemble, il rapporte les lésions histologiques rencontrées au poison même, comme dans diverses autres maladies infectieuses, la scarlatine et la variole notamment. Mais, en admettant que le principe toxique s'élimine par les reins, il est permis de douter que l'action soit mécanique et topique pour ainsi dire, comme dans les albuminuries toxiques. Il semble plutôt à M. Rabuteau que l'albuminurie résulte d'une altération de la nutrition générale. (*Soc. de biol.*) Voy. DIPHTHÉRITE.

ALCALINS. *Effets nutritifs de l'eau de Vichy à petite dose.* L'extrême divergence des médecins sur l'action des alcalins a conduit les docteurs Martin-Damourette et Hyades à instituer des expériences sur quatre adultes bien portants, trois hommes et une femme soumis à une hygiène et à un régime identiques pendant l'observation. Le bicarbonate de soude, à la dose de 5 grammes en deux fois aux repas, ou l'eau de la source Elizabeth de Cusset, à la dose d'un demi-litre à un litre aux repas et en dehors, ont été seuls employés. D'où l'impossibilité de résultats très concluants à ce sujet. Leur uniformité impose cependant l'attention.

L'hématimétrie pratiquée avant et pendant l'expérience, ainsi que le dosage des urines, de l'urée et de l'acide urique, ont permis de constater mathématiquement que le nombre des globules s'élève constamment, soit d'une moyenne de 680 000 en quatre jours. La quantité d'urine augmente aussi notablement, ainsi que l'urée, qui de 5,61 pour 100 s'est élevée jusqu'à 88,23.

Au contraire, l'acide urique a toujours diminué en proportion de l'augmentation de l'urée. Cette diminution a varié de 4,63 pour 100 à 71,2.

Ces résultats concordants montrent sans doute une action nutritive réelle; mais, de même que le bicarbonate de

soude, chez le premier sujet d'expérience, a bientôt troublé les digestions, rien ne prouve qu'il n'en serait pas de même d'autres alcalins, chaux ou potasse. Le relèvement du chiffre des hématies par une saison aux eaux de Vichy, chez des anémiques souffrant de dyspepsies ou d'autres maladies entravant la nutrition, n'est pas davantage une preuve directe de son action nutritive. En agissant sur la maladie principale, elle peut avoir contribué à rétablir secondairement la nutrition, que le changement de lieu et de régime peut aussi favoriser. Il n'y a donc pas d'autre conclusion positive à en tirer que l'eau de Vichy, à faible dose, loin d'être anémiante et débilitante, est plutôt reconstituante, tandis que le contraire résulterait de l'usage du bicarbonate de soude. (*Journ. de thérap.*, n° 12.)

ALIÉNATION MENTALE. *Causes effectives.* C'est une faute, dit le professeur Lasègue, de borner son enquête aux causes dites morales, tout au plus déterminantes, sans remonter aux causes vraiment effectives et chercher celles-là dans les antécédents cérébraux du malade. Sous ce titre de cérébraux, il désigne ceux qui ont reçu une lésion morbide ou traumatique du crâne ou du cerveau, pour montrer que la pathologie du cerveau s'unit à la médecine mentale et par elle à la pathologie tout entière. De même qu'à la suite d'un traumatisme ou d'une affection spontanée, il reste de la maladie initiale assez de traces pour fournir occasion à des maladies analogues, les lésions cérébrales peuvent donner lieu à l'aliénation. Voici ses exemples.

Un enfant du premier âge est dans les bras de sa bonne, qui le laisse tomber. Il s'en trouve un peu écloppé, mais on le soigne : des compresses froides, des sangsues sont appliquées, et, après un jour ou deux, on le considère comme guéri. C'est une erreur. On s'aperçoit quelques mois ou quelques années après qu'il dort mal, qu'il est bizarre. Cela passera avec l'âge, dit-on, et on le met en pension. Mais, soit de sept à huit ans ou de quinze à dix-huit, époques décisives, il survient des accidents cérébraux qui étonnent le médecin et lui font dire : Je ne connais pas cela. Sous des aspects insolites, c'est le reliquat de sa blessure primitive.

Un homme de vingt-cinq ans fait une chute de cheval où il est jeté à terre, et on le relève sans connaissance. Après avoir constaté qu'il n'y a ni fracture ni lésions graves, et quelques jours de soins et de repos, on dit encore qu'il est guéri. Mais six mois, un an, dix ou quinze ans après, la famille vous parle de troubles cérébraux, d'accès mal caractérisés, et, sans connaître le traumatisme primitif, on ne peut se rendre compte de ces symptômes bizarres.

Le crâne, vicieusement conformé, donne lieu aux mêmes phénomènes. Comme le poumon de l'enfant bossu ne peut fonctionner normalement et que les bronchites sont plus graves chez lui que sur les poitrines bien conformées, le crâne déformé, surtout dans sa portion faciale, entraîne des compressions du cerveau incompatibles avec son fonctionnement normal. L'épilepsie en provenant dans l'adolescence est ainsi absolument incurable.

Le délire par accès s'observe aussi de préférence chez les individus victimes d'une lésion cérébrale, traumatique ou non. Un officier est frappé, par exemple, d'un coup de soleil pendant une revue. Tout lui a manqué autour de lui, il a eu un nuage devant les yeux, et il est tombé. C'est une simple défaillance, dit-on. On le ramène, on le saigne, on lui applique des sangsues, et il guérit si bien, en apparence, qu'il reprend son service quatre jours après. Mais, si vous interrogez ses supérieurs ou sa famille quelques mois ensuite, ils répondront qu'il est devenu drôle, bizarre, avec des habitudes qu'il n'avait pas auparavant. Un jour viendra où des symptômes plus accentués, des crises de délire ou d'excitation se montreront.

De même d'un enfant pris de convulsions essentielles de quatre à six ans. On le considère à tort comme guéri; vers treize à quatorze ans, on le voit changer subitement d'habitudes, de goûts ou de caractère. De bon élève ou de bon apprenti, il devient très mauvais en se butant contre ses maîtres. Il faut le reprendre, et plus tard, comme l'officier, il commettra soudainement des actes repréhensibles. Accès épileptiformes ou épileptoïdes, dit-on, et, si l'acte le nécessite, on l'internera peut-être momentanément dans une maison de santé, pour le laisser sortir après un mois, comme parfaitement guéri. C'est encore une erreur, car cet homme appartient aux crises qui, sous la forme intel-

lectuelle ou physique, ne cesseront plus de se manifester. Et comme des circonstances accessoires, des éléments nouveaux, l'alcoolisme par exemple, peuvent se présenter, on en fera autant de causes, au lieu de s'en tenir à la lésion primitive.

Dès que la santé cérébrale a été troublée un seul moment par une blessure, une lésion encéphalique, une malformation du crâne, le malade supposé guéri acquiert ainsi une diathèse morbide qui décide du reste de son existence. Sujet à des désordres physiques et intellectuels, se produisant ordinairement sous forme de crises incomplètes, irrégulières, il doit être observé à part dans ses manifestations cérébrales.

Deux directions se présentent à cet effet. C'est d'abord d'établir la simultanéité ou la concordance des lésions physiques avec les perversions intellectuelles. Les types de la paralysie générale, de l'épilepsie, les délires accompagnant certaines affections aiguës, se rapportent à cet ordre. Courte ou longue, fébrile ou non, la folie consécutive à ces lésions a le délire pour caractère essentiel.

La seconde consiste, au lieu de s'en tenir aux investigations psychologiques qui font la notoriété de l'école française, à rechercher la lésion de l'organe préposé à la fonction. Cela est surtout indispensable quand le désordre mental ne rentre ni dans la classe des névroses ni dans celle des maladies cérébrales dénommées. Cette étude à peine ébauchée est celle que l'on doit avoir principalement en vue.

Dans la première catégorie sont les délires impulsifs, instantanés, qui constituent une variété des vertiges épileptoïdes, dont voici un exemple. Un homme brun, robuste, âgé de vingt-six ans, sans déformation du crâne ni d'aucune partie du corps, reçoit un sac de sucre brut sur la tête. Il entre à l'hôpital seulement deux jours après et en sortait trois mois ensuite, pour reprendre plus tard son rude métier d'homme de peine. Depuis son accident, des maux de tête assez fréquents le tourmentent par intervalles; il ne supporte plus le vin et éprouve des étourdissements. Il pensait à se marier, lorsqu'à la fin d'octobre 1869 il est refusé. Il marche dès lors comme un fou et se porte deux coups de couteau en rentrant chez lui. Six mois après, il

est repris de la même pensée du suicide, et, devant un poste de police dont on lui avait refusé l'entrée, il se porte de nouveau un coup de couteau et se jette ensuite sur le factionnaire. C'est ainsi qu'il arrive à la préfecture, où M. Lasègue constate un état parfaitement lucide, sans trace de folie ni de déviation intellectuelle : c'étaient des crises vertigineuses avec tentatives de suicide, survenant cinq ans après la commotion cérébrale.

Bien des larcins insignifiants, des divagations sans portée ont la même origine. L'impulsion emprunte quelques-uns des éléments de l'épilepsie sans une épilepsie réelle. Le travail intellectuel n'est ni annulé ni suspendu, mais réduit à sa plus simple expression.

Un second type moins accentué laisse dans les périodes lucides une infériorité intellectuelle plus marquée. Le sujet en a même conscience le plus souvent. L'assiduité le fatigue; il n'est plus capable de persévérance, et sa curiosité, qui en est un stimulant, s'amoindrit. Après une heure ou deux de travail, il éprouve la sensation particulière d'une lassitude cérébrale. C'est sur ce fond d'impuissance seule que se développent des accès aventureux. On découvre bientôt une attaque d'éblouissement, soudaine, transitoire, avec ou sans perte de connaissance. Le malade ne souffre pas, mais jamais il ne s'est trouvé ainsi. Les crises d'irritation sans motif augmentent; les conseils et les remontrances restent sans effet. Mais, un jour, l'accès bénin se transforme en une crise maniaque courte, et le malade, déclaré aliéné, n'appartient à aucune des classes admises, parce que l'aliéniste n'a pas assisté au commencement. On fait dater la maladie du jour de l'explosion, comme si elle n'avait pas été préparée par une incubation insidieuse. Les symptômes délirants éveillent seuls la sollicitude, et les phénomènes physiques sont relégués au second plan, alors qu'ils devraient occuper le premier. C'est pour être trop nombreux que ces exemples ne se comptent plus et que tant de variétés morbides, en aliénation mentale, sont inexplicables. (*Archiv. de méd.*, avril.)

Protoxyde d'azote. C'est dans la mélancolie et certaines affections nerveuses de forme asthénique que les docteurs Blake et Hamilton ont eu l'ingénieuse idée d'expérimenter

les propriétés excitantes du gaz hilariant. Mélangé d'air, c'est-à-dire sous forme liquide, ce gaz a été inhalé surtout par des femmes atteintes de prostration nerveuse et de névroses hystériques. Une stimulation passagère en est résultée, comme le point de départ d'une amélioration notable dans les symptômes nerveux. Il ne faut jamais chercher à obtenir des effets plus accentués ni arriver à l'anesthésie. Par l'excitation agréable et l'hilarité qui en résultent, ces inhalations, administrées au milieu de la journée, paraissent surtout efficaces contre l'insomnie des malades. De bons résultats en ont été aussi obtenus contre certaines vésanies chroniques. (*New-York med. Record*, janvier.)

ALCOOLISME. En constituant l'une des causes principales de la mortalité, de l'aliénation et de la dégénérescence de l'espèce humaine, comme le démontrent de plus en plus clairement les recherches faites à ce sujet, ce terrible fléau devrait être combattu plus activement que tous les autres, puisqu'il est au pouvoir de l'homme d'y mettre fin. On doit s'applaudir que la Société de Tempérance, — fondée en France en 1872, sous le coup de ses malheurs, pour travailler à la répression de l'abus des boissons alcooliques, — soit enfin reconnue d'utilité publique par le gouvernement; car, malgré la loi dont il est armé contre l'ivrognerie, il semble se relâcher de jour en jour davantage de sévir contre ceux qui s'en rendent coupables. Le nombre des ivrognes titubant dans les rues, surtout les samedis et les lundis de chaque semaine, est revenu presque aussi honteux qu'avant la promulgation de la loi. Son application est ainsi manifestement négligée, au grand détriment de la morale et de la santé publiques.

Une Association contre l'abus des boissons alcooliques a été fondée à Bruxelles en 1879, et un Congrès international a eu lieu dans cette ville cette année pour réveiller la torpeur des gouvernements à sévir utilement contre ce fléau, en examinant et discutant les mesures propres à l'atténuer. A quoi bon édicter des mesures et des lois d'hygiène contre les épidémies et les maladies contagieuses, quand on en laisse une si épouvantable s'étaler à tous les regards, dans son affreux et horrible épanouissement?

Fréquence en Angleterre. C'est surtout dans les contrées du Nord que ce fléau exerce ses ravages. Un rapport de M. Onslow montre que l'ivrognerie du dimanche est surtout fréquente en Angleterre et le pays de Galles. Sur une population s'élevant à 22 712 266 habitants, il y a eu 47 401 condamnations de ce chef, du 29 septembre 1876 au 29 septembre 1879, soit 15 800 chaque année. Ces chiffres sont la critique des réformateurs moralistes qui veulent supprimer l'usage des boissons alcooliques.

Ces condamnations prédominent surtout dans les villes manufacturières. Elles s'élèvent à 4721 à Liverpool, dont 4381 résidants, sur 493 405 habitants. A Manchester, qui compte 351 189 âmes, il y en a eu 3282, dont 3066 résidants. Elles ont été de 4227 dans le comté de Lancaster sur 1 318 632 habitants. L'ivrognerie du dimanche est beaucoup moins commune à Londres, Birmingham et surtout Sheffield, dont les condamnations sont de 175 seulement sur une population de 239 946. La police sage d'une ville peut donc atténuer ce redoutable fléau. (*Lancet*, 21 août.)

Influence sur l'aliénation mentale. Sur un total de 2582 individus arrêtés comme aliénés soit à domicile, soit sur la voie publique, ou condamnés, dans le département de la Seine en 1879, — 1462 hommes et 1120 femmes, — 2190 seulement ont été dirigés sur l'asile Sainte-Anne. 386 étaient récidivistes — 229 hommes et 157 femmes — et avaient été déjà soumis à l'internement de une à dix fois dans les mêmes conditions. 513 hommes et 150 femmes ont été reconnus atteints de délire alcoolique franc. (*Archives de méd.*, février.)

Combustion de l'alcool dans l'organisme. Un homme en état d'ivresse, ayant tué ses deux enfants, avala ensuite un litre d'eau-de-vie de marc. Une heure après, on l'apportait à l'hôpital dans un état comateux. Malgré l'extraction immédiate avec la pompe, de 480 grammes du liquide ingéré dans l'estomac, cet homme mourut douze heures après.

M. Dujardin-Beaumetz a constaté non seulement la présence d'une certaine quantité d'alcool dans le cerveau, par la distillation et les réactifs, mais la réduction du nitrate d'argent ammoniacal a décelé la présence de l'aldéhyde,

ce qui implique la combustion même de l'alcool dans l'organisme, puisque l'aldéhyde est un produit de déshydrogénation de ce liquide.

Contre-indications du chloral. Voy. CHLORAL.

Absinthisme aigu. On connaît les redoutables effets de cette dangereuse liqueur. Le docteur Lancereaux trace le tableau de ces crises, d'après trois cas qu'il en a observés chez des individus adonnés habituellement à son usage. Elles sont caractérisées par une première phase en quelque sorte tétanique avec contracture des muscles thoraciques et cervicaux, rejet de la tête en arrière pareil à celui de l'opisthotonos; puis par une seconde phase de contractions et de secousses cloniques, qui, tout en épargnant les muscles de la face, projettent en avant le bassin et font exécuter aux membres antérieurs des mouvements de percussion violente de la poitrine. Ces mouvements correspondent, sans doute, à une sensation plus ou moins inconsciente de constriction thoracique, d'anxiété respiratoire.

L'accès, composé de crises qui se répètent à intervalles variables et rapprochés, dure en général une heure et disparaît sans laisser de coma.

C'est donc à tort que le docteur Magnan a rapproché cet ensemble de phénomènes de l'attaque d'épilepsie essentielle.

Outre que l'aura et le cri font défaut ici, les convulsions sont beaucoup moins régulières, et il n'y a jamais à la fin de l'accès la période asphyxique et comateuse de l'épilepsie. Le rapprochement serait plus légitime avec les phénomènes de l'hystérie, puisqu'il commence avec de la contracture, s'accompagne de constriction épigastrique, de désordres de la sensibilité et finit par des convulsions cloniques.

Deux jeunes gens ayant bu accidentellement de l'absinthe avec excès ont été pris aussitôt des mêmes accidents.

La division en absinthisme aigu et chronique est critiquée par M. Dujardin-Beaumetz, d'après ses expériences sur les porcs pour étudier les effets de l'alcool. Le porc ne passe point, dans l'ivresse, par la période d'excitation dite

période gaie ; il tombe soudain dans celle de dépression et se met à dormir. Si la dose de 3 grammes d'alcool par kilogramme du poids du corps a été dépassée, on peut s'attendre à voir le sommeil se prolonger indéfiniment et la bête empoisonnée passer de la vie à la mort sans se réveiller. Les sujets en expérience pèsent en moyenne de 80 à 90 kilogrammes; on voit par là quelle dose d'alcool devient pour eux meurtrière et quels frais ils entraînent. Mais, si au lieu d'alcool on leur administre de la teinture d'absinthe, on constate — et cette observation est très intéressante — que la dépression ne dure pas. Il survient une excitation, qui, sans détruire les effets directs de l'intoxication, ne permet pas aux fonctions vitales de disparaître dans un engourdissement mortel, sans les crises terribles, les contractions convulsives dont le tableau précède. Cette différence provient sans doute de l'excitation cérébrale, qui est un facteur physiologique des plus puissants chez l'homme dès qu'elle entre en action. Si le même résultat ne se produit pas chez le porc, c'est qu'il manque un des termes du problème nosologique à reconstituer : le cochon a bien le tube digestif de l'homme, mais il n'en a pas le cerveau. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Absinthisme chronique. Il se manifeste par des troubles de la sensibilité, picotements et fourmillements à la peau, sensation de brûlure à la plante des pieds et aux articulations, élancements et déchirements dans l'épaisseur des muscles, constriction à l'épigastre, hyperalgésie en divers points, notamment aux environs de la colonne vertébrale, troubles de la motilité, contraction spasmodique ou tétanique du cou, du tronc, des membres ; troubles des fonctions ; affaiblissement de l'énergie musculaire, de la puissance génésique, de la vue; sommeil agité ; troubles mentaux : perte de la mémoire, hallucinations effrayantes, changement d'humeur ; le malade devient triste, inquiet, querelleur. L'absinthisme a cela de commun avec l'alcoolisme qu'il atteint la fonction digestive et se termine très souvent par un effondrement des forces de nutrition conduisant d'une manière fatale à la tuberculose. Toutefois, l'homme adonné à l'absinthe se corrige avec moins de difficulté que le buveur d'eau-de-vie. Les caractères de l'ab-

sinthisme consistent principalement dans la surexcitation prodigieuse de la sensibilité, dans la constriction qui a pour siège l'épigastre et rappelle un phénomène de l'hystérie. D'où la possibilité que la plupart des cas signalés comme exemples d'hystérie chez l'homme soient des faits à rattacher à l'absinthisme chronique, comme conséquence de l'hérédité. Trois jeunes filles de dix-huit à vingt ans, nées de pères ou de mères atteints d'absinthisme chronique, ont présenté à l'observation de M. Lancereaux un ensemble de phénomènes morbides analogues à ceux de l'hystérie. (*Idem*, octobre.)

ALLAITEMENT. Un moyen simple et vulgaire peut augmenter la sécrétion du lait chez la femme et même la rétablir : c'est l'emploi du ricin commun, très répandu en France, en Belgique et en Algérie. MM. Boucher et Fonssagrives en ont constaté l'efficacité. On fait bouillir une poignée de feuilles de ricin dans un litre d'eau; on baigne les seins dans cette décoction pendant quinze à vingt minutes, puis on applique sur les mamelles un cataplasme fait avec une partie de ces mêmes feuilles, qu'on laisse en place jusqu'à ce qu'elles soient devenues sèches. Le résultat est obtenu au bout de quelques heures; mais, si la sécrétion lactée est tarie depuis longtemps, on joint l'emploi de fumigations de feuilles de ricin bouillies et dirigées sur les parties génitales. (*France médicale*.)

L'enfant qui vient de naître doit être considéré comme un malade, dit le docteur Archambault, pour se rendre bien compte des soins minutieux qu'il réclame. Et, en effet, il a plus de probabilités pour disparaître dans sa première année qu'un enfant de cinq ans atteint de fièvre typhoïde n'a de chance de mourir. De là l'impérieuse nécessité de son alimentation pour mieux assurer sa vie contre tous les dangers qui la menacent. L'allaitement au sein et maternel surtout est aussi de la première importance, et il n'y a guère que la tuberculose, en évolution ou latente, qui soit une contre-indication formelle à ce devoir, car l'allaitement, dans ce cas, est aussi préjudiciable à la mère qu'à l'enfant.

Effets comparatifs. Le docteur Devilliers résume ainsi les opinions générales exprimées par les auteurs qui ont en-

voyé des mémoires à la Commission de l'hygiène de l'enfance :

1° L'allaitement artificiel doit être pratiqué chez soi, par la mère, ou sous ses yeux et sous sa surveillance immédiate.

2° Lorsqu'on est contraint d'élever l'enfant par ce procédé loin du toit maternel, il ne faut le confier qu'à une femme consciencieuse, soigneuse, expérimentée et ayant facilement à sa disposition du lait de bonne qualité.

3° L'allaitement mixte constitue une excellente pratique, qui acclimate l'enfant à l'allaitement artificiel.

4° L'allaitement artificiel pratiqué dans de bonnes conditions, chez des enfants robustes issus de parents sains, donne chez soi et surtout à la campagne des résultats excellents, et certainement supérieurs à l'allaitement au sein par des nourrices habitant leur pays, vivant avec leurs maris et médiocrement rétribuées.

Pratiqué loin de la surveillance de la famille, il donne des résultats inférieurs à l'allaitement au sein dans ces conditions. Pratiqué dans une agglomération d'enfants, il leur fait certainement courir les plus grands dangers et entraîne le plus souvent la mort, quelles que soient les précautions prises et la mesure hygiénique adoptée. (*Acad. de méd.*, 8 juin.)

Effets différentiels sur la diarrhée. Sur 141 enfants placés en nourrice dans son service d'inspection, en 1879, le docteur Des Chaisnais a constaté *de visu* et très exactement que 9 seulement étaient nourris exclusivement au sein; 53 buvaient du lait de vache en même temps qu'ils tétaient, et 78 étaient soumis au biberon. Sur les 9 premiers, 6 ont été pris de diarrhée, et 10 parmi ceux soumis à l'allaitement mixte, tandis qu'il y en a eu 41 sur les 78 autres, 3 ayant échappé à cette annotation. Il en résulte donc que, au point de vue de la fréquence de la diarrhée, l'allaitement naturel y prédisposerait le plus et l'allaitement mixte le moins. Mais l'inégalité des nombres ne permet pas d'en tirer cette conclusion, d'autant moins que les enfants nourris exclusivement au sein sont souvent les plus faibles, malingres et ne peuvent recevoir d'autre alimentation; ils sont ainsi plus exposés à la diarrhée, surtout quand le lait

de la nourrice leur est contraire, comme en voici l'exemple :

L'un d'eux, le n° 12, eut de la diarrhée dès sa naissance, quoique le lait de sa nourrice fût abondant et jeune. Il devint anémique, tandis que l'enfant de la nourrice, sevré à quatre mois et qu'il avait remplacé au sein, venait très bien avec des panades et du bon lait de vache à discrétion.

L'essai de la bouillie ne réussit pas mieux. Mais, la nourrice l'ayant sevré à un an pour prendre sa sœur, il fut soumis au lait de vache. Immédiatement la diarrhée cessa, malgré l'addition d'une ou deux panades par jour. Il commença seulement alors à se bien développer et fit ses premières dents sans souffrir.

Il en fut de même de sa petite sœur. Elle ne put supporter le lait de la nourrice et le vomit, tant que l'on n'y adjoignit pas le lait de vache. Elle vint très bien avec cet allaitement mixte, tandis que l'un ou l'autre lait seul lui était indigeste.

Quant à l'avantage de l'allaitement mixte, il est très réel, car, si le lait de la nourrice est insuffisant ou de mauvaise qualité, celui de vache y supplée, et réciproquement.

La mortalité de ces nourrissons juge bien mieux cette question, car tandis que, des 16 premiers malades nourris au sein et à l'allaitement mixte, tous ont guéri, il y a eu 15 morts parmi les 41 diarrhéiques nourris au biberon. C'est donc bien, en définitive, ce mode d'allaitement qui est le plus funeste à la vie des nourrissons, soit par la malpropreté du biberon ou l'alimentation prématurée et grossière que l'on y joint.

D'où cette conclusion qu'il faudrait laisser au médecin inspecteur le soin de décider lequel des trois modes d'allaitement est le plus convenable au nourrisson d'après les effets qu'il en observe. (*Revue méd.*, 9 octobre.)

Allaitement artificiel. La nécessité en devient plus pressante, à mesure que les nourrices mercenaires sont plus rares et plus exigeantes; le lait humain subissant comme toutes les autres matières alimentaires la progression du renchérissement général. Justement effrayé par la difficulté croissante de se procurer des nourrices pour les nombreux enfants abandonnés ou secourus dans le département de la Seine, le Conseil municipal de Paris a résolu et voté, sur le

rapport du docteur Thulié, l'un de ses membres, l'institution d'une nourricerie à l'hospice des Enfants assistés, destinée à l'expérimentation de ce mode d'allaitement. En face de la mortalité effroyable résultant des pratiques de l'Assistance publique par ses billets jaunes ou ses nourrices sèches, il avait déjà émis le vœu, depuis plusieurs années, qu'une expérience sérieuse et scientifique d'alimentation artificielle fût faite à ce sujet. Mais, l'Académie de médecine se montrant hostile à ce vœu, une Commission spéciale, composée de trois médecins des hôpitaux de Paris, fut chargée de préparer un nouveau projet sur cette institution, en déclarant que nul mieux que le professeur Parrot n'était à même de suivre cette expérience de près, en étudiant, au point de vue de la syphilis en particulier, les conséquences de ce mode d'allaitement.

Cette nourricerie se composera d'un pavillon à rez-de-chaussée comprenant deux salles de dix lits chacune et séparées par un office. Un bâtiment en arrière, complètement distinct, recevrait les animaux destinés à fournir le lait. La surveillance de ce mode d'alimentation, confiée au médecin de l'hospice dépositaire, aurait pour garantie sa conscience droite et son talent indiscuté. Vu les devis s'élevant à 13 086 fr. 28, le Conseil a approuvé.

En condamnant en principe l'allaitement artificiel comme immoral, et par conséquent le projet du Conseil municipal, l'Académie de médecine n'a pas assez tenu compte des conditions dans lesquelles il est exceptionnellement employé. Il peut succéder ainsi graduellement à l'allaitement d'une nourrice après cinq à six semaines pour les enfants vigoureux et plus tard pour ceux qui sont faibles ou malades. Il convient particulièrement aux enfants syphilitiques, si nombreux parmi ceux qui sont abandonnés. Beaucoup de nourrices, comme on sait, donnent hâtivement une nourriture artificielle à leurs nourrissons, soit parce qu'elles manquent de lait, soit qu'elles ne peuvent continuer l'allaitement. L'usage du biberon avec le lait de vache coupé est ainsi très employé dans l'intervalle des tétées ou après trois à quatre mois d'allaitement maternel. L'alimentation artificielle est d'ailleurs la règle dans les maisons de secours, et l'allaitement artificiel réglementé et surveillé, avec un lait authentique, ne pourrait être que préférable. Combien

d'enfants assistés, confiés à des nourrices de rebut à la campagne, ne reçoivent pas une nourriture artificielle aussi hygiénique! Au prix de 50 à 100 francs que toute bonne nourrice trouve à vendre son lait sur lieu, comment l'Administration en trouverait-elle de passables avec les 22 à 25 francs qu'elle leur offre par mois? L'allaitement artificiel, scientifiquement expérimenté dans les conditions proposées par le Conseil municipal, n'était donc pas à repousser aussi absolument, car il peut donner des résultats très supérieurs à ceux fournis par une mauvaise nourrice.

Une réponse a justement été faite par M. J. Guérin à la qualification réitérée d'*entreprise immorale* infligée par M. Delpech au projet d'expérimentation avec l'allaitement artificiel. Je m'insurge, a-t-il dit, contre une telle injustice et contre un tel langage. Savez-vous, messieurs, ce qu'il y a d'*immoral* dans tout cela? Ce n'est pas de chercher et d'apprendre à mieux se servir d'une méthode qu'on est souvent dans la nécessité d'employer; ce qui est souverainement immoral à mes yeux, c'est le *commerce des nourrices* qu'on encourage à vendre leur lait aux enfants riches au détriment de leurs enfants pauvres! comme si les intérêts des uns ne devaient pas être protégés et sauvegardés comme ceux des autres, comme si les enfants pauvres n'avaient pas autant besoin du sein de leur mère que les enfants riches! Eh bien, moi, je trouve infiniment plus moral de chercher, par une meilleure administration de l'allaitement artificiel, à faire cesser tôt ou tard cet abus, que de s'opposer systématiquement aux expériences qui doivent perfectionner l'allaitement artificiel. (*Acad. de méd.*, avril.)

Il ne faut pas oublier en effet que, derrière le nourrisson qui fleurit au sein mercenaire, il y a l'*autre*, le titulaire de la place, l'enfant même de la nourrice, qui s'élève comme il peut, exposé à toutes les mauvaises chances qu'évitera celui qui le remplace au sein maternel. Si celui-ci s'élève bien, est-ce que l'autre ne le ferait pas de même? Sa conservation est une preuve même que l'allaitement artificiel pratiqué à la campagne n'est pas aussi meurtrier qu'on le dit quand il est entouré des soins nécessaires.

Le lait servant à l'allaitement artificiel est aussi d'une importance capitale. Il n'y a pas de comparaison à établir entre un lait vivant, provenant d'une vache saine et bien

nourrie, nouvellement trait et encore chaud, avec ces mélanges de je ne sais quoi qui s'administrent dans les villes.

L'épreuve qui va se tenter à Paris, dans un hospice d'enfants assistés et sur des enfants abandonnés, avec des vaches nourries à l'intérieur, est ainsi faite dans des conditions bien moins favorables qu'à la campagne. C'est là et là seulement, avec des animaux nourris au grand air et de gras pâturages, avec une directrice intelligente et instruite et un personnel suffisant, qu'elle peut donner tous les résultats dont elle est susceptible. C'est pourquoi l'allaitement artificiel ne soulève pas en province les mêmes réprobations qu'à Paris, parce que, dans les familles et sous une surveillance éclairée, il se montre bien préférable par ses résultats au lait même de ces nourrices inintelligentes, malpropres et sans soins, souvent misérables et dont les nourrissons donnent une proportion si effrayante de mortalité.

Le docteur J. Granjé a fait ainsi un chaleureux plaidoyer en faveur du lait pur. L'addition de toutes les eaux altérées : eau panée, eau d'orge, eau de graine de lin, est aussi pernicieuse que l'eau pure. Il s'agit de le donner tiède et non bouilli ; une température de 32° C. obtenue au bain-marie est la plus convenable. Le sucre ordinaire n'est pas plus utile, puisque l'estomac de l'enfant ne peut le transformer en glycose. Pour être logique, il faudrait y ajouter du sucre de lait, comme quelques médecins le conseillent.

La quantité doit surtout en être surveillée et ne doit pas dépasser de 30 à 100 grammes au maximum. Quatre cuillerées à café de lait, toutes les heures ou deux, suffisent au nouveau-né. Le biberon est le meilleur mode d'administration, pourvu que le caoutchouc soit souple et bien désulfuré. Un moyen simple de l'entretenir propre est d'y passer une eau additionnée d'acide salicylique, en le lavant ensuite à l'eau chaude.

L'élevage artificiel des enfants est surtout difficile par l'attention et les soins qu'il exige pour être favorable. Un personnel spécial serait nécessaire pour le pratiquer et l'enseigner. Tout autre aliment que le lait pur doit être formellement interdit avant le sixième mois.

Le docteur Flamain (de Châlons) préconise le lait con-

centré dilué au douzième. Il arrêterait même la diarrhée produite par le lait naturel non digéré. Mais l'incertitude de sa provenance et de sa composition doit toujours faire préférer le lait naturel pris à une source certaine. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mai.)

AMPUTATIONS. Amputation de l'épaule. *Hémostase.* Un aide compétent étant toujours indispensable dans ce cas pour prévenir l'hémorrhagie, le docteur E. Moore, de Preston, y supplée par un large bandage de calicot jeté préalablement autour de l'articulation scapulo-humérale et enveloppant le thorax et la partie supérieure de l'épaule. L'anneau d'Esmarch, ou une bande de caoutchouc, ou un tourniquet, étant appliqué sur ce bandage, établit une compression si efficace et uniforme, sur l'artère axillaire notamment, que dans deux cas d'amputation opérés ainsi il n'y a eu aucune hémorrhagie. Il suffit que le bandage soit retenu par un aide du côté opposé du thorax pour éviter qu'il ne glisse et donner le temps de poser les ligatures. (*Lancet*, 29 novembre 1879.)

Amputation du col de l'utérus. *Mauvais effets du thermo-cautère.* Il s'agissait d'une femme de trente-un ans, mariée, n'ayant jamais eu d'enfant et qui était venue consulter le docteur Eustache au sujet de sa stérilité. Examinée au spéculum, elle présente un allongement hypertrophique considérable du col en battant de cloche, proéminant dans le vagin. L'excision de la portion exubérante par le thermo-cautère fut pratiquée; mais ce mode opératoire présenta, par la fumée s'en dégageant dans la cavité vaginale, de telles difficultés que l'opération dut être suspendue et reprise sept fois de suite; elle dura une heure. Cependant aucun accident ne survint, les menstrues devinrent plus faciles, et la malade a guéri. Mais les inconvénients sont si graves qu'ils paraissent à l'auteur contre-indiquer l'usage de cet instrument en pareil cas, bien que le bistouri en ait parfois de plus redoutables. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.)

L'inconvénient de la fumée est facile à prévoir, dit M. Trélat. Aussi préfère-t-il, en pareil cas, l'anse galvano-caustique. Il la trouve d'un excellent usage, à la condition de faire coucher la femme sur le côté et de se servir du gros spé-

culum américain, qui donne un très grand jour. On comprend donc qu'il ne soit pas toujours applicable, chez les nullipares notamment.

A cette anse galvano-caustique, M. Le Dentu ajoute l'emploi d'aiguilles à manches, permettant d'accrocher le col où bon semble et de glisser ainsi la chaîne sans crainte sur le point voulu, sans danger qu'elle le dépasse. La seule contre-indication serait parfois dans une trop grande mollesse des tissus.

D'un commun accord, cette anse est bien préférable à celle de l'écraseur ordinaire, dont la chaîne tend toujours à glisser au delà du point que l'on veut atteindre. Elle peut même léser le péritoine, selon M. Sée. Mais il préfère encore l'usage du bistouri, qui n'expose la femme ni aux rétrécissements cicatriciels, ni à l'oblitération du conduit vaginal. Mais l'hémorrhagie est toujours à craindre, comme M. Le Dentu en cite un cas qui donna de vives inquiétudes. (*Idem*, mars.)

Le thermo-cautère n'a donc que des applications très restreintes dans la chirurgie utérine. MM. Lucas-Championnière et Marc Sée l'ont seuls défendu et appliqué. L'anse galvano-caustique semble plus sûre que l'écraseur et le bistouri, mais elle n'est pas toujours applicable par l'étroitesse même du vagin. (*Soc. de chir.*, 22 mars.)

ANÉMIE. *Etiologie parasitaire.* En poursuivant ses études à ce sujet sur les ouvriers occupés au tunnel du Saint-Gothard, M. Perroncito, qui avait déjà signalé la présence de l'anchylostome dans l'intestin des anémiques (voy. *Année* 1879), en a confirmé l'existence par de nouvelles observations, plus nombreuses et plus précises. Elles m'autorisent à déclarer, dit-il, que l'anémie de ces ouvriers, pris d'une lente déperdition des forces, est sous la dépendance de trois espèces différentes d'helminthes : le *Dochmius duodenalis* de Dubini, l'*Anguillula stercoralis* et l'*Anguillula intestinalis* de Bavay. Chez certains individus, les anchylostomes existent seuls ou en grande majorité ; chez d'autres, au contraire, ce sont les anguillules qui prédominent ou se rencontrent exclusivement, bien qu'il ne soit pas toujours possible d'établir nettement le diagnostic différentiel entre ces deux variétés d'infection.

Mes assertions reposent essentiellement sur ces faits, à savoir : 1° que certains sujets éliminent principalement des œufs qui offrent tous les caractères de ceux des anchylostomes et qui, après incubation, donnent naissance à des larves appartenant à cette espèce ; 2° que, chez d'autres malades, les déjections contiennent un plus ou moins grand nombre d'œufs présentant les caractères anatomiques et l'éclosion très irrégulière des œufs d'anchylostomes, mais produisant des larves très nettement distinctes des premières par leurs caractères et par leurs mœurs, et que je déclare appartenir à l'espèce *Anguillula intestinalis* de Bavay. En outre, chez les sujets spécialement porteurs d'anguillules, j'ai fréquemment trouvé, dans les fèces récemment évacuées, parmi un nombre plus ou moins considérable d'œufs, des larves assez abondantes, s'agitant en tous sens et présentant tous les caractères anatomiques de l'*Anguillula stercoralis* de Bavay.

J'ai tenté l'éducation des larves de ces trois espèces dans des conditions particulières, et j'ai pu observer ainsi les diverses phases de leur vie à l'état libre. Il résulte de ces recherches que l'embryon du *Dochmius duodenalis* devient larve adulte sans subir aucune mue, mais en présentant une transformation remarquable du pharynx. De plus, et c'est là sans doute un fait d'une très grande valeur, la dernière phase du développement des larves à l'état de liberté est caractérisée par l'*encapsulement*, c'est-à-dire la formation d'une sorte de capsule chitinoïde transparente, sécrétée par le tégument et enveloppant la larve d'une manière plus ou moins étroite. Cette capsule s'imprègne de sels calcaires et devient généralement rigide. Cette phase marque évidemment le degré ultime du développement de la larve en dehors du corps humain ; elle paraît correspondre à la phase d'enkystement des vers à transmigrations et, comme dans ce dernier cas, la larve doit infailliblement mourir si elle n'est introduite dans l'organisme de l'hôte qui lui convient. J'ai constaté en outre que ces larves peuvent, après leur encapsulement, résister à la dessiccation pendant vingt-quatre heures au moins ; cette résistance démontre qu'elles sont susceptibles d'être transportées à distance par le vent, en vertu de leur ténuité, avec les poussières en suspension dans l'air, et d'infecter ainsi des localités jusqu'alors saines.

Enfin, ces larves encapsulées vivent très activement dans les eaux, et l'on conçoit facilement qu'elles puissent ainsi produire l'infection, même à des distances considérables s'il s'agit d'eaux courantes.

Les larves de l'*Anguillula intestinalis* s'entourent également d'une capsule, quoique celle-ci soit très difficile à percevoir, mais leur mode de vie est assez différent de celui des larves d'anchylostomes. Tandis que ces dernières, en effet, *avant leur encapsulement*, ne peuvent pas vivre dans les substances liquides, celles de l'anguillule, au contraire, meurent en dehors de l'eau. La mort se révèle, comme dans les larves de l'anchylostome, par une dégénérescence granulo-graisseuse des tissus, donnant assez bien l'apparence de la mue que certains auteurs ont supposée ou décrite précisément pour celles-ci. Quant aux larves de l'*Anguillula intestinalis*, elles sont émises, avec les fèces, à différents degrés de développement, parfois encapsulées.

J'ai soumis les trois espèces de larves à l'action d'une température graduelle, au moyen de la table de Schultze, et j'ai pu constater, dans de nombreux essais, qu'elles meurent constamment à 50° C., et dans un laps de temps qui ne dépasse jamais cinq minutes. J'ai également expérimenté, sur les larves du *Dochmius duodenalis* et de l'*Anguillula intestinalis*, l'action de différentes substances médicamenteuses. Ces différentes recherches conduisent à entrevoir la possibilité d'établir la prophylaxie et même le traitement curatif de cette grave maladie.

En résumé, il est constant que tous les individus revenus du tunnel du Saint-Gothard — et ils sont déjà nombreux — sous le coup de l'anémie ou oligoémie pernicieuse, sont porteurs d'un nombre tellement considérable d'anchylostomes et d'anguillules, que la présence seule de ces vers suffit à expliquer le développement de l'anémie. J'ajouterai que l'apparition de cette anémie pernicieuse, dans les conditions dont il s'agit, n'est pas un fait isolé. Le docteur Giaccone, actuellement médecin de la compagnie du Saint-Gothard, affirme qu'une maladie identique s'était déjà développée pendant le percement du tunnel de Fréjus.

Il s'agit donc d'une question qu'on peut à bon droit qualifier d'internationale et qui mérite la plus sérieuse attention. (*Acad. des sciences.*)

Ces parasites, de dimension assez notable, puisqu'ils ont plusieurs millimètres de longueur, s'attachent aux parois de l'intestin, déterminent par leurs morsures une foule de petites hémorrhagies locales, dont l'ensemble cause une véritable dyssenterie.

Le *Dochmius duodenalis* paraît être la cause principale et l'agent de transmission actif de cette affection ; il se produit dans l'intestin des malades avec une désastreuse fécondité : au bout de quelques jours, il pullule. Il pond dans l'intestin ; ses œufs éclosent ; certaines de ses larves y atteignent leur développement complet, d'autres s'enkystent et sont expulsées avec les excréments. Ces larves enkystées sont entraînées par les eaux courantes, et, si elles viennent à être absorbées par un sujet d'une constitution débilitée, elles se développent dans son intestin et donnent lieu à l'apparition de la maladie.

L'anémie d'Égypte, affection des plus redoutables, qui frappe les Européens établis sur les bords du Nil, a exactement la même origine que le mal du Saint-Gothard : elle est due à la présence, dans l'intestin des malades, de l'anchylostome duodénal.

La diarrhée de Cochinchine, qui fait tant de victimes dans les troupes d'infanterie de marine, est causée aussi par un parasite dont les germes sont absorbés avec les eaux courantes. Il est à remarquer que ces maladies sévissent sur des sujets dont le tempérament est affaibli par un séjour prolongé dans une atmosphère brûlante et humide. Or la température du tunnel du Saint-Gothard est extrêmement élevée, par conséquent l'air très raréfié et difficilement respirable ; c'est dans ces conditions que se développent particulièrement les parasites.

Les miasmes des marais sont dus également à des parasites qu'on ingurgite avec les brouillards et l'eau de boisson ; et l'on sait qu'eux aussi produisent l'anémie intestinale sous forme de dyssenterie.

En 1831, une épidémie de ce genre sévit dans les polders de la Zélande, par suite de fortes chaleurs automnales, et produisit une grande mortalité parmi les soldats belges cantonnés sur la frontière, par suite de la guerre avec la Hollande. Les doses élevées de quinine n'en avaient pas toujours raison, à cause des désordres intestinaux. La mu-

queuse du gros intestin était comme lardacée, piquetée de points rouges ulcérés. La prostration des malades était extrême. (*Burggraeve.*)

Les alcaloïdes qui, par leur amertume, tuent les parasites, et en tête l'arséniate de strychnine et celui de quinine, qui sont les fébrifuges par excellence, paraissent devoir être efficaces contre ces affections, à la dose d'une dizaine de granules par jour.

C'est à tort, d'après M. Pagliani, professeur d'hygiène à l'Université de Turin, que cette étiologie de l'anémie des mineurs du Saint-Gothard serait attribuée aux parasites rencontrés dans leur intestin. L'anchylostome duodénal a toujours existé en Piémont à l'état endémique, dit-il, et il n'y a rien d'étonnant ni de spécifique à ce qu'il se rencontre chez ces mineurs. (*Congrès d'hygiène de Turin.*) Le contrôle de cette assertion est facile, en recherchant ce parasite à l'autopsie des blessés ou des morts non anémiques du Saint-Gothard.

De l'anémie consécutive aux hémorrhagies traumatiques et de son influence sur la marche des blessures. Thèse d'agrégation à la Faculté de Paris, par le docteur Kirmisson. Au lieu d'une étude clinique, c'est un résumé de l'hématologie actuelle et des expériences sur les animaux. On sait cependant que la perte du sang a des conséquences très redoutables dans les amputations, en retardant ou en empêchant la réunion immédiate et en favorisant la suppuration. Elle aggrave la fièvre traumatique et favorise toutes les complications des plaies, la septicémie et la pyoémie en particulier.

Anémie hépatique. Le docteur J. Besnier serait tenté de donner ce nom à l'anémie progressive et persistante pendant dix-huit mois, observée dans un cas de cholélithiase ou obstruction calculeuse incomplète des voies biliaires, terminé par la mort, en raison de ses étroits rapports avec le foie. Il l'explique par la destruction des globules rouges dans cet organe, suractivée et exagérée par sa congestion hyperémique, dont les résultats constatables sont l'élimination d'une grande abondance d'urée ou d'acide urique qui en sont comme les détritus. C'est là une vue nouvelle qui pourrait servir à l'étiologie de bien des anémies essentielles

et qu'il est aussi intéressant que facile de vérifier par l'examen des urines. Elle deviendrait ainsi un signe certain, positif d'une maladie du foie, et en particulier l'occlusion lente et progressive des voies biliaires par des calculs ou la gravelle, sur laquelle il y aurait lieu de concentrer toute son attention pour le traitement. (*Archiv. de méd.*, avril et mai.)

ANESTHESIE. Le chloroforme a été accusé de produire la paralysie respiratoire d'emblée, lorsqu'on l'administre pour produire l'anesthésie chirurgicale. Un médecin allemand, Wachsmuth, prétend conjurer cet accident en faisant inhaler aux patients un mélange de chloroforme et d'essence de térébenthine rectifiée, dans la proportion de 1 à 5.

Frank (d'Olmutz) a essayé ce mélange dans dix cas et s'en est bien trouvé. L'anesthésie a été rapidement obtenue facilement produite et n'a été suivie d'aucun symptôme désagréable. (*Wiener medizinische Press*, et *Revue méd. de l'Est.* 1879.)

Contre-indications. Elles sont très rares, d'après le docteur Duret, parce que le bulbe qui préside aux fonctions de la circulation et de la respiration peut être presque toujours soustrait à l'action toxique des anesthésiques, avec de la prudence dans leur administration. Il conseille ainsi de s'en abstenir dans le *delirium tremens*, l'alcoolisme aigu, l'hypothermie prononcée, l'algidité et la stupeur traumatiques, l'anémie aiguë, l'adynamie profonde, les tempéraments nerveux à tendance syncopale, les congestions encéphaliques et pulmonaires et la dégénérescence graisseuse du cœur.

Il n'y a point contre-indication formelle, mais risques à courir chez les individus atteints de dilatations cardiaques, affections valvulaires, lésions tuberculeuses étendues des poumons, adhérences pleurales, lésions cérébrales avec tendance au retour et troubles vasculaires; chez certains sujets hypocondriaques, très impressionnables, ayant peur de la mort, de l'opération, du chloroforme.

Enfin certaines opérations semblent prédisposer aux accidents : les opérations sur la face et les voies aériennes, les réductions de fractures graves, de luxations, les ruptures

d'ankyloses et les redressements des membres; les opérations de hernie étranglée compliquée de congestion pulmonaire, les fistules, les fissures à l'anus, la gastrotomie et l'ovariotomie, ainsi que bien d'autres probablement, se découvriront plus tard. (*Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale*. Thèse d'agrégation de la Faculté de Paris, par le docteur Duret, prosecteur de la Faculté.)

Bromure d'éthyle. Aucune application de ce nouvel anesthésique ne paraît avoir été faite sur l'homme en France depuis que M. Rabuteau l'a fait connaître, en 1876, sous le nom d'éther bromhydrique (voy. *année* 1877). Et l'on savait cependant, par ses recherches, que ce corps possède deux propriétés bien distinctes sur les autres anesthésiques usités : sa grande volatilité comme l'éther, sans être inflammable et ne produisant pas d'irritation comme le chloroforme. C'est un liquide incolore, d'une odeur agréable et d'un bon goût, dont la densité et la volatilité sont intermédiaires entre le chloroforme et l'éther sulfurique. Il n'est pas décomposé dans l'économie et paraît s'éliminer par la voie pulmonaire. Sa fabrication étant des plus faciles pour tout pharmacien, il est possible de se le procurer partout.

De là l'étonnement et la surprise générale quand M. Terrillon, après une série d'expériences d'anesthésie locale avec cet agent, vint en exposer les bons effets. A l'hôpital de Lourcine comme dans sa clientèle, il avait pu exciser des végétations de la vulve, par l'emploi externe de ce liquide chimiquement pur, sans provoquer les picotements douloureux ni cette irritation intense sur les plaies récentes constamment produits par la pulvérisation de l'éther. Ayant l'avantage de ne pas s'enflammer, comme celui-ci et le chloroforme, en présence du thermo-cautère, l'emploi en est ainsi sans danger pour l'opéré et sans nulle sensation douloureuse.

Des expériences comparatives faites avec le chloroforme sur des chiens et des cochons d'Inde ont montré de plus que ce dernier tue très facilement, si l'on n'en surveille pas l'emploi, tandis que le bromure d'éthyle est parfaitement inoffensif et n'exige aucune surveillance ; il produit un sommeil lent, un doux affaissement sans aucune excitation. (*Soc. de chir.* 17 mars, et *Bull. de thérap.*, nos 7 à 9.)

Les chirurgiens français se crurent ainsi en présence d'une véritable et double découverte nationale, qui allait permettre de tenter l'inhalation sur l'homme avec cet agent. Une communication publiée par le *Medical Record* de New-York et envoyée l'an dernier au Congrès d'Amsterdam détruisit bientôt cette illusion. Ils avaient été devancés encore par les chirurgiens américains. Le docteur Laurence Turnbull, de Philadelphie, mettant à profit les récentes expériences physiologiques du chimiste français sur les petits animaux, et instruit de son innocuité par les tentatives de Nunneley, de Leeds, en 1849, l'expérimenta largement aussitôt sur les animaux, puis sur lui-même et enfin dans de nombreuses opérations de courte durée, pour lesquelles ses effets transitoires lui parurent le recommander spécialement. Quelques grammes répandus sur un linge et inhalés suffisaient à produire une rapide anesthésie, qui disparaissait de même sans dépression ni vomissement, le pouls restant au-dessous de 100° Fahr.

C'est d'après ces résultats encourageants que le docteur Levis fut amené à substituer le bromure d'éthyle à l'éthérisation ordinaire dans les grandes opérations, à l'hôpital de Pensylvanie. Il en a fait un grand usage l'hiver dernier, à doses élevées, sans observer aucun des accidents produits par l'éther et le chloroforme. Le réveil est moins pénible et n'est pas suivi de vomissements. Une amputation de l'avant-bras au tiers supérieur, par suite d'un accident de chemin de fer chez un homme vigoureux, dura quarante minutes, avec l'hémostase et le pansement, sans que l'opéré donnât le moindre signe de douleur. 44 grammes avaient été inhalés, et, après quelques ronflements, l'anesthésie était complète en trois minutes sans excitation. Il n'y eut que des nausées au réveil.

L'effet fut le même dans une double fracture des deux jambes, bien que le bromure d'éthyle fût inhalé à la dose de 4 grammes seulement à la fois, pour l'examen et la division préalable du tendon d'Achille. 8 grammes suffirent au relâchement musculaire, à la ténotomie et la réduction d'une fracture oblique. 16 grammes avaient suffi à entretenir l'anesthésie pendant dix minutes, sans aucune excitation préalable ni vomissement consécutif.

L'inhalation graduelle par drachmes eut également lieu

pour la réunion d'une double fistule périnéale consécutive à un rétrécissement traumatique de l'urèthre. 8 grammes n'avaient amené aucun changement dans le pouls ni la respiration. 4 grammes de plus en amenèrent l'abaissement marqué et la dilatation des pupilles. La connaissance revint trois minutes après la cessation de l'anesthésique.

Un moignon difforme du tiers supérieur de l'humérus en ayant nécessité la résection chez une jeune fille, moins de 8 grammes suffirent à la rendre insensible. Le réveil eut lieu sans aucune dépression de la circulation ni de la respiration.

Une amputation de cuisse, ayant duré trente-cinq minutes, a pu être pratiquée sans que l'anesthésie ait fait défaut, et eût même pu être prolongée plus longtemps. (*Boston med. and surg. journal,* décembre 1879, et *Journ. de méd. et chir. pratiq.,* avril.)

Après les nombreux essais déjà tentés pour donner un succédané à l'éther et au chloroforme, afin d'en prévenir les dangers et les inconvénients, surtout chez certaines personnes, le bromure d'éthyle promet donc de pouvoir y suppléer. Une application d'anesthésie générale, faite par M. Terrillon, a parfaitement réussi, en confirmant tous les résultats avantageux annoncés par les chirurgiens américains. Cela promet. Il s'agit d'une malade de Lourcine, âgée de trente ans, atteinte d'une fissure de l'anus, qu'il endormit au moyen du bromure d'éthyle avant de pratiquer l'opération très douloureuse de la dilatation anale. Cette femme hystérique présentait déjà une semi-anesthésie du côté gauche. Dès le début, elle eut une attaque légèrement convulsive qui cessa très rapidement. On attendit que la respiration fût devenue stertoreuse et que l'anesthésie fût complète pour l'introduction du spéculum. Le réveil, l'opération terminée, fut des plus rapides, des plus faciles, sans qu'il restât la moindre hébétude ; cette femme, au contraire, causa immédiatement avec toute sa lucidité ordinaire, bien que l'anesthésie, obtenue avec une dose de 12 grammes, ait duré sept minutes. Il ne survint aucun accident, aucun phénomène particulier, si ce n'est que, deux heures après avoir pris une tasse de tisane, elle eut de légers vomissements.

Répétées dans divers hôpitaux de Paris, à la Pitié, à

Saint-Antoine, comme à Lourcine, ces tentatives ont partout donné des résultats aussi satisfaisants, surtout comme anesthésique local. M. Verneuil a été frappé de la rapidité de son action. Il suffit de projeter de la poussière de bromure d'éthyle sur un épithélioma de la joue, qu'il s'agissait d'enlever avec le thermo-cautère chez une jeune fille, pour amener une anesthésie générale instantanée. Cinq pointes de feu, appliquées profondément sur le pied d'une jeune fille contre une ostéite du calcanéum, furent aussi absolument indolores par ce procédé. Il en fut de même chez un médecin de l'excision d'un diverticulum assez épais consécutif à une fissure anale. De là son indication particulière, quand on se sert du thermo-cautère.

La durée de l'anesthésie a varié, dans ces diverses tentatives, de huit minutes à une heure. En voici les phénomènes saillants, d'après M. Terrillon.

A la première période, alors que l'on verse, sur une compresse bien appliquée sur les orifices du nez et de la bouche, 5 à 6 grammes de bromure d'éthyle, aucune irritation ne se manifeste, tandis que le chloroforme en produit toujours dans la gorge. Il y a aussi moins d'agitation. L'anesthésie a lieu avec une extrême rapidité en moins d'une minute et ordinairement sans aucun phénomène convulsif; la résolution musculaire s'obtient au bout de deux à quatre minutes; chez les alcooliques, elle est un peu plus tardive. Dans tous les cas, la période d'excitation est moindre, quand elle se caractérise par des convulsions toniques. La face est assez fortement congestionnée, ainsi que le cou et la partie supérieure du tronc, couverts d'une sueur assez abondante. Les pupilles sont parfois dilatées, jamais contractées. Le pouls est accéléré, et chaque dose nouvelle augmente cette accélération. La respiration est peu troublée.

Durant la seconde période, il est absolument nécessaire de faire des intermittences très courtes, sans enlever les compresses, comme lorsqu'il s'agit du chloroforme, de peur d'un réveil prématuré. Le pouls, très rapide, est quelquefois petit, dur, fin, mais jamais il ne cesse; les sueurs persistent. La respiration s'accélère à chaque dose nouvelle, sans être influencée au point de vue nerveux; elle est seulement gênée par d'abondantes mucosités, dues à une hypersécrétion de la salive. Elles tombent dans le larynx et la rendent ainsi

stertoreuse, bruyante; de là aussi des nausées, des envies de vomir, de régurgiter ces mucosités. Les vomissements, quand ils surviennent, paraissent en être également la conséquence, car si l'on a la précaution de les enlever au moyen d'une éponge, ce qui est facile, la respiration redevient normale.

Le caractère spécial du bromure d'éthyle est donc la production d'un état congestif, tandis que le chloroforme donne lieu, au contraire, à de l'anémie, à de la pâleur, etc.

Quant à la troisième période, ou de réveil, que l'anesthésie ait duré sept ou huit minutes ou une demi-heure, le réveil est des plus rapides, pour ainsi dire instantané; le malade répond facilement aux questions qui lui sont adressées, va et vient librement, tandis que le chloroforme le laisse, pendant un temps plus ou moins long, plongé dans une sorte d'hébétude.

L'anesthésie est donc ici rapide, facile, sans agitation sérieuse, et le réveil est aussi prompt, sans se compliquer d'aucun accident.

Quant à obtenir une résolution musculaire absolue et de longue durée, la question reste à l'étude pour les chirurgiens français. M. Berger se croit ainsi obligé à quelques réserves, quant à son emploi comme anesthésique général pour les opérations de longue durée, d'après les expériences sur des chiens et des lapins, faites par M. Ch. Richet. Une vive agitation en est résultée, suivie d'une mort rapide. Son emploi chez un malade de M. Gosselin n'a pu amener la résolution musculaire et a produit des vomissements abondants. L'odeur même lui a paru plus désagréable aux malades que celle du chloroforme. (*Soc. de chir.*, avril et mai.)

Cette note, exprimant peut-être des faits exceptionnels, est en désaccord complet avec les précédentes et celles qui suivent. Elle est surtout en contradiction avec l'expérience plus étendue des chirurgiens américains, beaucoup plus hardis et affirmatifs. En tout cas, la prudence est indispensable, d'après les deux cas de mort signalés par le *Medical Times* de Philadelphie du 5 juin 1880 et relatés plus loin. Il semble donc que, tout en rendant hommage à l'initiative et au courage des chirurgiens qui ont préconisé cet anesthésique, on ne devra l'employer désormais qu'avec la plus grande circonspection.

Le 24 mars, en présence du célèbre M. Sims, venu spécialement de New-York à Philadelphie, pour être témoin de l'emploi du bromure d'éthyle à la clinique du professeur Levis, plusieurs opérations ont été exécutées avec l'éther hydrobromique, que ce chirurgien préfère actuellement à l'éther et au chloroforme, en raison de son action transitoire, ses effets rapides et son odeur agréable. Moins de 4 grammes ont suffi pour l'ouverture d'un abcès chez un enfant de neuf ans, l'anesthésie n'ayant duré que quarante-cinq secondes. Cinq autres opérés ont été *éthylisés* avec moins de 40 grammes, et les résultats ont été si satisfaisants dans cette capitale, qu'aucune opération n'excédant pas quarante-cinq minutes de durée n'est exécutée sans l'aide de cet agent. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 15, avril.)

La mort d'un jeune homme en est cependant résultée le 26 mai, à l'hôpital du Collège Jefferson, sous le couteau même du docteur Levis. Ce malade portait une pierre dans la vessie, avec une cystite légère, de la toux et de l'émaciation, quoique sans évidence d'une maladie du cœur ni des reins. On tardait ainsi à l'opérer, lorsque ses amis, fatigués de ces délais, résolurent de le faire quitter l'hôpital. La seule chance d'amélioration étant de pratiquer la taille, on entreprit cette opération, et un drachme, c'est-à-dire 4 grammes, de bromure d'éthyle, avait été à peine inhalé sur un linge, que le patient fit quelques inspirations précipitées, qui cessèrent immédiatement. La respiration artificielle fut vaine pour le ranimer, et la mort eut lieu avant l'opération. L'autopsie montra des cavernes dans les poumons et du muco-pus remplissant les bronches, par suite de la respiration artificielle. Rien de spécial ne fut observé dans les autres organes. (*Idem*, n° 24.)

Un autre cas de mort, attribué au professeur Pancoast, a suffi pour jeter l'alarme dans le public médical français et le discrédit sur le nouvel anesthésique. Mais ce fait n'a rien d'authentique; il n'en est pas parlé dans les journaux américains. Et il est évident que la mort dans le précédent est plutôt due à l'état du malade qu'à la nocivité du bromure d'éthyle. Il n'y a donc pas lieu de prononcer haro sur son emploi.

Son action locale, expérimentée par M. Bulteau, lui a

donné les résultats les plus satisfaisants. Employé en pulvérisation avec l'appareil Richardson, il produit une congélation rapide des tissus et, par suite, une anesthésie aussi complète que possible. Il a sur l'éther un avantage immense : c'est qu'il n'est pas inflammable. Au milieu de l'atmosphère pulvérisée de bromure d'éthyle, M. Bulteau a pu se servir du thermo-cautère pour cautériser des végétations largement étendues. En résumé, le bromure d'éthyle est anesthésique et pas inflammable. Ces deux propriétés le feront préférer à l'éther dans beaucoup de circonstances. (*Union méd. du Nord-Est.*)

Les avantages évidents de cet anesthésique dans la petite chirurgie et pour l'anesthésie locale n'en constituent pas moins un grand mérite pour M. Rabuteau. Aussi a-t-il repris ses expériences à nouveau sur les plantes et les animaux pour mieux en établir l'action. Il en résulte que le bromure d'éthyle produit une anesthésie générale plus rapide que le chloroforme, mais ses effets sont plus fugaces. Il ne provoque pas d'irritation, comme celui-ci. Injecté sous la peau, il ne détermine ni eschare ni suppuration ; il peut aussi être introduit dans l'oreille et entrer dans les injections hypodermiques associé à la narcéine ou au chlorhydrate de morphine. M. Rabuteau a bu quelques gouttes de cette substance sans éprouver le moindre accident, en constatant que sa saveur, à la fois fraîche et chaude, n'était pas désagréable. Il s'élimine en nature presque exclusivement par les voies respiratoires, avec des traces dans les urines, sans la moindre parcelle de brome.

Un chien, en respirant cet anesthésique, est complètement insensibilisé en trois à cinq minutes, sans excitation notable. Une ou deux minutes après, il commence à se remettre et marche presque immédiatement. Ses urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Les mêmes phénomènes s'observent chez le lapin ; mais on provoque plus facilement des convulsions, si l'on opère brusquement.

Ce bromure est peu soluble dans l'eau, tout en lui communiquant une odeur suave et une saveur agréable. Des grenouilles plongées dans un pareil bain s'y anesthésient au bout de quinze minutes et reviennent lentement à elles quand on les en retire.

Neutre quand il est bien pur, ce bromure, abandonné à

lui-même, devient un peu acide et se colore légèrement. Au moyen d'eau alcalinisée, on le débarrasse du brome et de l'acide bromhydrique qui ont pu se former dans sa masse ; enfin, on enlève l'eau au moyen du chlorure de calcium.

Mais le chloroforme a aussi l'inconvénient de devenir acide en vieillissant ; son emploi est alors dangereux et a eu une issue fatale dans bien des cas.

L'action du bromure d'éthyle s'est manifestée aussi sur la végétation et la germination. Une éponge imbibée d'eau, introduite dans une éprouvette avec une couche de sable et des grains de cresson alénois, a permis aux grains de germer en un ou deux jours; mais la même expérience, reproduite avec quelques gouttes de bromure d'éthyle, fait reconnaître que les vapeurs de cette substance, comme tous les éthers composés, avaient tué les graines.

Des graines mises en présence du bromure d'éthyle, dans une atmosphère très sèche, ne perdent pas leur propriété de germer. Des graines de cresson, après avoir été, pendant 37 jours, placées sous une cloche, en présence de ce corps et d'une certaine quantité de chlorure de calcium anhydre, ont parfaitement germé, en éprouvant un léger retard. (*Soc. de biol.*, 5 juin.)

Avantages du protoxyde d'azote. La récente découverte de M. P. Bert pour l'emploi à haute pression et sous cloche de ce gaz lui a valu un tel regain de succès en France qu'il est mis au-dessus de l'éther et du chloroforme par les novateurs. Cet anesthésique primitif, le gaz hilariant de Davy, qui servit le premier à Horace Wells en 1844 pour arracher une dent, est placé aujourd'hui au premier rang par le docteur Lutaud. Son innocuité est absolue, dit-il, et ses applications — qu'il évalue, sans compter, à un million — n'ont donné que deux décès..... connus, quoique employé le plus souvent par des dentistes aux mains ignorantes et maladroites. Sa rapidité d'action est unique. Il produit l'anesthésie complète en une minute et le retour à la connaissance et de la sensibilité en 30 à 40 secondes. 106 000 extractions dentaires ou petites opérations chirurgicales, exécutées depuis 1867 à l'Institut anesthésique de New-York, sont invoquées comme preuves à appui. Allez-y voir !

Mélangé d'oxygène et employé sous pression, il peut être respiré sans danger d'asphyxie et servir à des opérations de quatre à vingt-six minutes de durée, comme en témoignent les récentes expériences faites sous cloche (*V. année* 1879). Employé au début de toute anesthésie selon la méthode mixte de Clover, il sidère instantanément le malade et permet ensuite de continuer avec l'éther ou le chloroforme, de manière à exécuter les plus longues opérations, comme une lithotomie faite par M. Péan à l'hôpital Saint-Louis en est la preuve. En prévenant la suffocation et l'excitation du début, quand on se sert exclusivement du chloroforme ou de l'éther, il épargne au chirurgien et à ses aides d'avoir à employer la force contre la résistance du malade et de pouvoir commencer immédiatement l'opération en économisant son temps. De là son indication générale dans tous les cas, de préférence à l'éther et au chloroforme... quand ils ne sont pas indispensables. Mélangé à l'oxygène et employé sous cloche, il est donné comme l'*idéal* des anesthésiques. (*Soc. de méd. de Paris*, novembre 1879.)

Ce lyrisme convient bien sans doute au gaz hilariant : il fait rire, mais il n'a rien de sérieux ni de chirurgical. Il a suffi, devant la Société où il s'est produit, de rappeler les dangers asphyxiants de ce gaz par la cyanose et le délire qu'il provoque, son action passagère et tous les inconvénients, les impédiments de son emploi, pour faire évanouir ce brillant prestige d'une statistique fantasmagorique et une innocuité absolue. Quand on possède des anesthésiques aussi puissants que l'éther et le chloroforme, d'un emploi si simple, facile et général, c'est une imprudence irréfléchie, blâmable de chercher à vouloir les supplanter par un agent aussi instable et dangereux que le protoxyde d'azote, dont l'application est tout exceptionnelle et de simple curiosité. Suppléer aux rares contre-indications des deux autres ne sera jamais que son unique rôle.

De l'anesthésie par le protoxyde d'azote, d'après la méthode de P. Bert, par le docteur R. Blanchard, préparateur du cours de physiologie à la Sorbonne. Paris, 1879. Même lyrisme que dans le travail précédent, comme on peut en juger par les conclusions suivantes.

« Le protoxyde d'azote se dissout simplement dans le plasma sanguin et s'échappe par le poumon dès que l'inhalation a cessé. Son emploi n'amène donc ni trouble dans la nutrition ni modification dans la composition chimique des organes.

« La nécessité pour l'opérateur et ses aides de se soumettre à son inhalation ne saurait être redoutée : l'air comprimé est très efficace dans le traitement des catarrhes de la muqueuse nasale, de la trompe d'Eustache et en général des voies respiratoires.

« En raison de ces faits, le protoxyde d'azote *semble* être bien supérieur au chloroforme et à l'éther, tant à cause de la profonde anesthésie qu'il procure que pour la grande innocuité qu'il présente. En ne dépassant pas une pression de 0,30 de mercure, il est absolument impossible de faire courir au malade un risque quelconque par le seul fait de l'anesthésie.

« Dans tous les cas où l'on emploie actuellement le chloroforme et l'éther, partout où il sera possible de l'employer, le protoxyde d'azote devra remplacer définitivement ces deux anesthésiques. » Les accidents constatés et même la mort survenue à la suite de ces inhalations attestent combien ces assertions absolues sont risquées.

Traité d'anesthésie chirurgicale, contenant la description et les applications de la méthode anesthésique de M. Paul Bert, par le docteur J.-B. Rottenstein. Un vol. in-8° de 428 pages, avec 42 figures, Paris, librairie *Germer Baillière*.

Le sous-titre de ce livre en forme le sujet principal. Son but évident est en effet de mettre en relief la nouvelle méthode de l'anesthésie sous pression ou sous cloche avec le protoxyde d'azote, en la plaçant au premier rang. C'est donc la réalisation de la prédiction évangélique que les derniers seront les premiers. Ce gaz fut, il est vrai, de tous les anesthésiques, le premier découvert; mais il n'était pas entré dans le domaine de l'anesthésie chirurgicale. Son usage était limité à la chirurgie dentaire, et ce n'est que par exception qu'il s'est étendu parfois à d'autres opérations, à cause de ses dangers d'asphyxie. La récente découverte de son mélange avec l'air, promulguée le 11 novembre 1878, a seule permis de l'employer depuis avec sécurité, sous pres-

sion et sous cloche, c'est-à-dire dans des conditions qui le rendent inapplicable à la plupart des chirurgiens.

De là tout le bruit fait depuis en faveur de ce nouvel agent. A peine si l'emploi en a été fait dans quelques grandes opérations, avec des mesures exceptionnelles et toutes de curiosité, que déjà l'on en proclame l'innocuité absolue et la supériorité sur tous les autres. Il suffit qu'il repose sur des données physico-chimiques précises et des expériences sur les animaux, suivant la méthode du jour, pour le réputer infaillible. Et, comme tout nouveau progrès ou perfectionnement érigé sur cette base ne supporte pas de rivaux et supprime tous les autres, l'éther et le chloroforme sont dès lors relégués au second plan et condamnés à l'oubli comme trop dangereux. C'est la marque et le cachet de notre temps.

La découverte de l'anesthésie est ainsi attribuée ici à Horace Wells, qui employa le premier le gaz hilariant dans le but d'en obtenir l'insensibilité pour arracher une dent. Ce fait est authentique et incontesté. Il est donc tout logique et naturel que dans ce livre, dont l'objet principal est la glorification du protoxyde d'azote et sa vulgarisation sous cloche, le portrait de l'infortuné dentiste y figure en épigraphe, comme sa dédicace à M. P. Bert. Rien de mieux. Mais quelle communauté y a-t-il eu, jusque dans ces derniers mois, entre ce gaz et l'éther et le chloroforme, qui ont été les agents presque exclusifs de l'anesthésie chirurgicale dans le monde entier depuis 1846? William Morton et James Simpson méritaient donc à bien plus juste titre d'y figurer, comme ayant été les premiers à en démontrer les propriétés anesthésiques. Nier la priorité de Morton à la découverte de l'éthérisation, pour en faire remonter l'idée à H. Wells, c'est méconnaître les conditions essentielles et caractéristiques d'un inventeur et ne pas tenir compte de l'histoire ni de l'opinion américaine à ce sujet, pas plus que du monument érigé à Boston à la gloire de cette découverte; c'est se montrer partisan aveugle et exclusif du protoxyde d'azote envers et contre tous, pour y subordonner injustement les autres. Un dentiste n'est même pas autorisé, par reconnaissance et confraternité, à agir aussi systématiquement, sans que la vérité et le bon sens ne protestent, avec l'universalité des chirurgiens, contre cette étrange prétention.

Ce livre en offre même une frappante contradiction, malgré tout l'artifice déployé dans sa facture pour donner le change à cet égard. Cet anesthésique est ainsi encadré habilement avec les deux autres, placé partout en première ligne, avec des développements considérables donnés à son histoire, son emploi, ses propriétés et surtout les expériences qu'il a provoquées récemment, en s'y étendant avec une complaisance extrême. Plus du tiers de l'ouvrage lui est consacré, pour lui donner une supériorité apparente sur l'éther et le chloroforme, dont il ne parle qu'avec restriction et pour en montrer les côtés faibles, les contre-indications. Mais c'est en vain. Ceux-ci sont mieux connus que l'autre; leur réputation est faite par leurs services, et l'historique suffit même à révéler leur supériorité sur le gaz hilariant, car ce n'est que cela.

Depuis sa découverte en 1799, il ne fut en effet employé que pour faire rire jusqu'en 1844 où H. Wells l'essaya pour l'extraction des dents sans douleur. Après douze ou quinze applications, il le délaisse et n'en parle pas. Est-ce donc là la conduite d'un véritable inventeur, convaincu de la réalité de sa découverte et en poursuivant le triomphe malgré tous les obstacles, comme l'a fait W. Morton? Ce n'est que deux ans ensuite, alors que Morton, son ancien élève, lui annonce en 1846 les merveilleux succès de sa découverte de l'éthérisation, que Wells, au lieu de lui répondre comme un vrai *discoverer* : « mais Morton, il n'y a rien de nouveau dans ce que vous m'annoncez, je l'ai découvert, il y a deux ans », se borne simplement à dire : Si l'administration du gaz n'est pas reçue avec trop de trouble et produit les effets dont vous parlez, etc. Cette lettre, conservée avec soin par le docteur W. Morton fils de New-York, est le meilleur titre à produire contre les prétentions des successeurs de Wells à sa priorité de la découverte.

Les faits ultérieurs confirment l'inanité de leurs réclamations. Réveillé subitement de sa torpeur par l'annonce de la découverte de l'éthérisation, Wells arrive à Boston et prétend se mettre en compétition avec Morton pour l'anesthésie avec le protoxyde d'azote. Un homme à opérer lui est confié à ce même hôpital général du Massachusetts où l'éther réussissait si bien. Il administre son gaz, mais au premier coup de bistouri, l'opéré pousse un violent cri de

douleur. Le *fiasco* était complet, et c'est en vain que l'année suivante, en 1847, Wells renouvela son expérience dans l'amphithéâtre de l'hôpital de New-York, en présence des plus grands chirurgiens. Malgré les perfectionnements apportés alors à l'inhalation, il n'éprouva encore qu'un immense insuccès. Ce fut le dernier. Désespéré par les succès croissants et universels de l'éthérisation, cet infortuné pionnier n'attendit pas même la mort, qui le menaçait depuis plusieurs années; il se la donna volontairement. Il n'est donc pas l'inventeur de l'anesthésie chirurgicale, mais son premier martyr.

L'emploi primitif du protoxyde d'azote n'a nullement contribué à la découverte de l'anesthésie chirurgicale. W. Morton en fut le véritable promoteur par l'éthérisation qu'il exécuta le premier sur lui-même et sur les autres pour produire l'insensibilité à la douleur. Vouloir la relier directement aujourd'hui à l'inhalation du gaz hilariant, pour donner plus d'importance à la récente découverte de M. P. Bert est une exagération d'amis imprudents et trop zélés. Que cette récente découverte, en en modifiant l'usage, en permette aujourd'hui l'emploi dans les grandes opérations, c'est admis et démontré. Mais il n'en est pas de même de son innocuité absolue proclamée par ses admirateurs. L'expérience est insuffisante pour l'avancer, ainsi que les conditions exceptionnelles et toutes spéciales de son emploi. Elle n'a rien de commun avec l'éther ni le chloroforme employés usuellement. De là le tort et l'erreur de vouloir la relier si étroitement à l'anesthésie chirurgicale. Le protoxyde d'azote n'en sera jamais qu'un agent exceptionnel, rarissime et spécial à certaines opérations courtes, légères, locales, surtout depuis que le nouvel emploi du bromure d'éthyle permet de remplir plus aisément ces indications avec autant de sécurité.

Si l'origine de l'anesthésie était dans le protoxyde d'azote, il serait plus logique et rigoureux de la faire remonter à H. Davy, son *discoverer* en 1799. La fameuse expérience qu'il en fit sur lui-même, et relatée tout au long dans ce livre, page 78, lui créerait de bien plus sérieux droits qu'à H. Wells, venu quarante-cinq ans après lui. Et, durant cet intervalle, que d'Américains en usèrent et abusèrent pour en expérimenter les effets hilariants! Les étudiants jouaient

avec, dans leurs réunions, pour en éprouver les délicieuses impressions décrites par Davy, et c'est ainsi que H. Wells, témoin d'une blessure reçue dans ces extravagances, sans que le jeune blessé en eût ressenti la douleur, pensa aussitôt à l'utiliser pour l'avulsion des dents.

L'analogie des vapeurs de l'éther avec ce gaz, vantées depuis longtemps aussi comme stupéfiantes, sédatives, les faisait employer de même expérimentalement. Et les effets bizarres, curieux, parfois inattendus, qui en étaient obtenus ici et là, tenaient les esprits américains comme dans une attente sourde, inquiète, fiévreuse, d'un grand événement qui allait s'accomplir. Le merveilleux de ces résultats, dont on ne pouvait se rendre compte, augmentait et redoublait l'excitation et l'attente. De là la simultanéité des deux découvertes et le grand rôle que Jackson y joua.

Mais elles sont aussi distinctes que différentes. Les expériences avec l'éther et le gaz hilariant étaient alors si vulgaires et discréditées qu'aucun savant n'eût consenti à les répéter, les renouveler publiquement pour en obtenir l'anesthésie chirurgicale. On savait déjà que le gaz était incapable de la produire, car son administration prolongée entraînait fatalement l'asphyxie, et si Morton, en présentant son *letheon* au docteur Warren pour anesthésier son premier opéré, lui eût dit la vérité, ce grand chirurgien se fût refusé certainement à l'expérimenter, s'il eût su que c'était simplement de l'éther sulfurique. Aussi son odeur et sa couleur étaient-elles soigneusement masquées. Warren ne l'accepta qu'à ce titre de spécifique, et c'est à cette supercherie charlatanesque que, à l'insu de l'un et de l'autre, s'est réalisé tout l'avenir de la grande découverte. Car Morton, par son défaut de connaissances et son esprit aventureux, eût été incapable, à lui seul, de la mener à bonne fin, c'est-à-dire de reconnaître et mesurer tous les effets anesthésiques de l'éther. Son mérite est d'avoir divulgué son secret aussitôt que le chirurgien, témoin du succès, l'exigea. A ce titre, il a seul droit à la reconnaissance éternelle de l'humanité, car le protoxyde d'azote n'eût pas été capable, jusqu'à la découverte de M. Paul Bert, de réaliser les immenses bienfaits que l'éther et le chloroforme ont rendus pendant trente-deux ans consécutifs et continueront à rendre, malgré ce perfectionnement.

Cet exclusivisme est d'ailleurs la seule critique à faire de cet ouvrage. Il contient tous les documents propres à justifier son titre et même davantage, quant au protoxyde d'azote. Il est ainsi supérieur à ses aînés en relatant *in extenso* tous les détails des recherches, des expériences et des machines faites à ce sujet. Il est très complet sur ce point spécial sans négliger les autres. L'anesthésie locale, oculaire, dentaire, obstétricale, génito-urinaire, mixte, médico-légale y sont passées en revue et une bibliographie d'une vingtaine de pages de tous les travaux publiés termine cet important volume qui sera ainsi consulté avec utilité et profit.

The invention of anæsthetic inhalation (Invention de l'inhalation anesthésique, ou découverte de l'anesthésie), par le docteur W. Morton, membre des Académies de médecine et des sciences de New-York, etc. Brochure in-8 de 48 pages. New-York, 1880.

Parmi les nombreuses réclamations qui se sont élevées de toutes parts à la priorité de la découverte de l'éthérisation, l'une d'elles s'est produite récemment sous la plume de l'un des chirurgiens américains les plus célèbres : le docteur M. Sims. Il réclamait en faveur d'un chirurgien inconnu de la Géorgie, Crawford Long, comme ayant employé l'éther, dès le 30 mai 1842, pour produire l'anesthésie. C'est à la fin de 1849 qu'il publia ses observations, alors que l'anesthésie était universellement connue et pratiquée, et il en résulte qu'il l'avait employée trois fois en 1842, dont deux sur un nommé Venable, et une fois, le 9 septembre 1843, sur une femme Vincent, pour l'excision de petites tumeurs de la tête, et une autre en 1845. Comment admettre l'authenticité de cette histoire tardive, après tout le bruit qui s'était fait dans cet intervalle sur cette question de l'anesthésie, et dont pas un citoyen américain n'eût connaissance?

C'est en 1877 que M. Sims fit publiquement cette réclamation dans la presse, alors qu'en 1861 il avait signé de même, avec un groupe de confrères, en faveur de W. Morton, tandis qu'en 1873 il réclamait dans une adresse publique en faveur de la veuve de Horace Wells. Aussi demandait-il au Congrès de couronner cette grande découverte par une récompense nationale de un million à distribuer entre tous

les intéressés de ses inventeurs! C'était donc autant le témoignage éclatant de la versatilité de son esprit que de la générosité de son cœur.

De retour de l'étranger, où il était alors, le fils de W. Morton a voulu venger la mémoire de son père, en montrant l'inanité de toutes ces réclamations et de celle de Long-Sims en particulier. Il démontre par des preuves nouvelles, des titres authentiques que lui seul est bien l'unique et véritable *discoverer*. Il lui appartenait légitimement de revendiquer ce glorieux héritage, et il nous semble qu'après ce plaidoyer filial le jugement universel sera rendu en sa faveur.

Anesthésies morbides. Voy. HÉMI-ANESTHÉSIE.

ANÉVRYSMES. *Attaques apoplectiques par oblitération de la carotide.* Ces accidents ne sont pas très rares, et il y a toujours lieu de les redouter dans le cours des anévrysmes de l'aorte. Deux nouveaux cas en sont relatés par le docteur E. Fraenkel, où cette cause spéciale ne pouvait être reconnue en l'absence de signes particuliers. L'examen du cœur et des vaisseaux ne révélait rien, et le malade, âgé de 50 ans, avait été frappé en pleine santé. L'hémiplégie était à droite avec paralysie faciale et aphasie. Mais, deux jours après, le moteur oculaire commun gauche se paralyse : ce qui peut être un signe de l'oblitération, la ligature de la carotide amenant parfois cette paralysie oculo-motrice.

L'autopsie révéla une poche anévrysmale, grosse comme le poing, de la crosse de l'aorte, d'où naissait antérieurement la carotide, aplatie et complètement oblitérée par un caillot grisâtre, adhérent et résistant, sur plusieurs centimètres de longueur. Rien dans le cerveau.

Un homme de 54 ans, ayant eu déjà plusieurs pertes de connaissance avec hémiplégie et aphasie passagère, est frappé de nouveau pendant son travail. On constate une plaque de matité, large comme la main, au niveau de la partie supérieure du sternum, indépendante du cœur. Puis les battements de la carotide gauche deviennent moins forts et sensibles qu'à droite et finissent bientôt par disparaître.

Ces symptômes persistent jusqu'à la mort, et l'autopsie montre, outre des points de ramollissement disséminés sur

la surface de l'hémisphère cérébral gauche, une poche anévrysmale, grosse comme le poing, de l'arc aortique, d'où émerge la carotide, obstruée par un caillot jaunâtre, très résistant et adhérant aux parois, se continuant avec les caillots stratifiés du sac anévrysmal. (*Virchow Archiv* et *Archiv. de méd.* juillet.)

De là l'importance de porter son attention sur les fonctions circulatoires chez les hémiplégiques.

Traitement. Deux méthodes toutes différentes, quoique tendant au même but, le dominent actuellement. En France, c'est l'électro-puncture contre les anévrysmes intrathoraciques, depuis que le docteur Dujardin-Beaumetz a renouvelé ce procédé de Ciniselli, et, en Angleterre, la compression élastique avec le bandage d'Esmarch contre les anévrysmes externes. Les succès continuent à s'en multiplier de part et d'autre, et en permettant de nouvelles investigations pour en perfectionner l'application et en apprécier plus sûrement l'action et la valeur, ces procédés méritent de fixer de plus en plus l'attention.

Compression élastique. Un nouvel exemple en a été présenté par M. Goodsall sur un homme de trente ans, admis à l'hôpital métropolitain de Londres, le 5 mars dernier, avec un anévrysme poplité à droite, mesurant environ deux pouces de diamètre et résultant d'une entorse survenue trois mois auparavant. Il paraissait en libre communication avec l'artère par une large ouverture. Sans anesthésie préalable, le bandage d'Esmarch fut appliqué le 14 mars, puis le tube à dix heures vingt-cinq du matin, et ils furent laissés en place jusqu'à deux heures vingt de l'après-midi. Le tube avait été enlevé une heure auparavant et remplacé par un tourniquet sur l'artère fémorale. Les douleurs de la cuisse avaient nécessité plusieurs injections hypodermiques de morphine.

Le cours du sang avait été ainsi arrêté dans l'anévrysme pendant quatre heures consécutives. En enlevant le bandage et le tourniquet simultanément, la tumeur était dure et sans aucune pulsation. Dès le 17, les battements se manifestaient dans la tibiale postérieure, et dans la grande anastomose le 20. Le 26 avril, le diamètre de l'articulation mesurait un

pouce de moins qu'avant l'opération. (*Soc. de méd. de Londres*, 26 avril.)

Cette coagulation complète du sang, obtenue par une compression prolongée, est un progrès dans l'emploi de ce moyen. Jusqu'ici, on avait été obligé d'y substituer la compression digitale ensuite pendant un temps plus ou moins prolongé, le rétablissement de la circulation artérielle ramenant des pulsations dans la tumeur. Ce succès justifie l'application spéciale de la compression élastique contre les anévrysmes à large embouchure par la coagulation du sang en résultant, d'après l'opinion primitivement émise par M. Gould. (*Lancet*, nos 18 et 20.)

Sur 30 cas d'anévrysmes externes traités par cette méthode depuis que le docteur Reid en a conçu l'idée, les deux tiers ont été suivis de guérison. Sauf le cas de M. Bryant, où la gangrène du pied s'en est suivie, ce bandage n'a produit aucun accident. La mort, qui vient de survenir à New-York, est donc un événement utile à signaler.

Il s'agissait d'un nègre de trente-deux ans, dont le creux poplité était rempli par une tumeur anévrysmale. Le docteur Weir appliqua le bandage élastique et le tube de la manière ordinaire, et, après deux heures et demie, celui-ci fut enlevé et remplacé par un tourniquet. Deux heures moins dix minutes après, on enleva le tout. Mais, l'anévrysme n'étant pas solidifié, deux jours après une nouvelle application plus prolongée fut faite. Le lendemain, le pouls était insensible à la radiale, très faible et irrégulier dans les fémorales, sans autre signe de *shock*. Malgré tous les stimulants, l'opéré mourut vingt-sept heures après l'enlèvement du bandage.

L'autopsie révéla des caillots récents et mous dans l'anévrysme et un cœur graisseux. On ne parle ni de thrombose ni d'embolie. C'est donc dans l'état du cœur que serait le danger. D'où l'indication de l'examiner dans tous les cas d'application du bandage d'Esmarch, non seulement contre les anévrysmes, mais dans toutes les opérations où il est employé comme hémostatique. (*Lancet*, 10 juillet.)

Une gangrène mortelle du pied a été également observée par M. Rivington à l'hôpital de Londres sur un homme de cinquante-huit ans, exempt de toute diathèse et parfaitement bien portant, qui éprouva subitement, le 24 dé-

cembre, en montant les escaliers, une vive douleur dans la jambe droite, au dessous du genou. Une tumeur apparue la nuit même, le fit s'adresser à un chirurgien. Celui-ci crut à un abcès qui fut malheureusement ouvert ensuite et amena une hémorrhagie formidable. C'était un anévrysme idiopathique de la tibiale antérieure. De là l'arrivée du malade à l'hôpital, le 8 février suivant.

Le tourniquet employé contre l'hémorrhagie fut remplacé par la bande d'Esmarch qui provoqua la solidification de la tumeur. Sa forme ovale avait le volume d'une grosse orange. Mais, malgré l'enveloppement du membre, le pied se refroidit bientôt et la gangrène des orteils devint apparente. L'amputation fut proposée, mais le malade s'y refusa énergiquement et préféra mourir.

D'où la question de savoir si, dans le traitement des anévrysmes du membre inférieur, le bandage doit être appliqué simultanément avec l'anneau ou celui-ci seul, pour ne pas provoquer la stagnation du sang dans le membre. Mais l'anneau suffit parfois à produire le gonflement des tissus au dessus et peut déterminer la gangrène du membre. De là la difficulté d'apprécier d'avance leur action séparée. Les cas les plus favorables à l'emploi de ce bandage sont les anévrysmes peu volumineux, durs et situés profondément. De là l'insuccès du cas actuel où l'anévrysme était superficiel et déjà ouvert. (*Lancet*, 16 octobre).

Cette méthode ne paraît obtenir, au contraire, que bien peu de succès en France. Elle a été appliquée sans résultats à deux reprises différentes, sur un anévrysme de l'artère fémorale par M. Poinsot (de Bordeaux.) La tumeur mesurait 7 centimètres de large sur 10 de long et soulevait les tissus de 2 centimètres environ; aussi la guérison n'en fut-elle obtenue que par la ligature élastique. L'auteur constate cependant que, sur 43 cas d'application de ce bandage, il y a eu 25 succès.

Suivant M. Sée, on ne devrait pas attacher trop d'importance à la statistique des succès de cette méthode, bien des insuccès restant souvent dans l'ombre. Mais M. Verneuil demande que cette question des succès et des revers soit éclaircie, en la mettant à l'ordre du jour. On peut donc espérer que la lumière résultant de la discussion fera reconnaître plus justement les services rendus par la bande d'Es-

march contre les anévrysmes externes et lui donnera plus de crédit, à l'avenir, dans la chirurgie française. (*Soc. de chir.*, 20 octobre.)

Le fait suivant, rapporté par le docteur Bleynie, de Limoges, permet de juger des bons effets de la compression méthodique sur l'anévrysme poplité.

Un homme, âgé de cinquante ans environ, ressent, en faisant un faux pas, une vive douleur au niveau du creux poplité. Rentré chez lui, il s'aperçoit qu'il lui est survenu une grosseur en ce point. Au bout de quelque temps, il entre à l'hôpital, dans le service de M. Raymondaud.

Un anévrysme de l'artère poplitée est aussitôt reconnu et traité par la compression du membre laissé dans l'extension. Fatigué d'un séjour de peu de durée à l'hôpital, le malade en sort malgré l'avis du chirurgien, qui constate déjà une diminution dans le volume de la tumeur.

Je vois ce malade le lendemain. Au niveau du creux poplité se trouve une tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule, siège de battements perceptibles à l'œil et au toucher, et d'un bruit de souffle. La compression de l'artère, au niveau de l'arcade crurale, fait cesser les battements et diminuer le volume de la tumeur.

Pour tout pansement, je passe une bande autour du membre, en allant du pied vers le genou; sur la tumeur, une compresse pliée en huit doubles la recouvre exactement, et je la fixe avec trois ou quatre circulaires bien serrées. Le reste de la bande entoure la partie inférieure de la cuisse. Repos absolu au lit.

Trois jours après, la bande s'étant déroulée, le malade la réapplique lui-même. Le surlendemain, la tumeur a diminué de volume; on n'y sent aucun battement. Les jours suivants, elle semble se dissoudre. A partir du commencement d'avril, cet homme a pu reprendre son travail de forgeron, et la guérison ne s'est pas démentie.

Electro-puncture. Les résultats de ce mode de traitement semblent mieux appréciés depuis que son emploi s'est propagé partout, d'après les succès obtenus à Paris. De nouveaux cas en sont publiés, surtout en Angleterre. Une discussion en est ainsi résultée, sur une observation du docteur Ord. De forme globulaire, l'anévrysme occupait l'origine de

l'aorte avec saillie sous la clavicule, à droite du sternum. Son grand volume en faisait craindre la rupture, et deux aiguilles, revêtues d'enduit protecteur, furent introduites dans la tumeur. Le pôle négatif de la batterie fut seul appliqué sur les aiguilles, tandis que le pôle positif communiquait avec une éponge placée sur la peau. De six, les couples furent portés à vingt-deux, puis ramenés à dix-huit, à cause de la douleur. La cautérisation survenue après quarante minutes fit cesser l'opération.

La tumeur devint plus dure, et les battements diminuèrent d'une manière sensible; pendant un mois, le malade fut très soulagé, et l'on se proposait de répéter l'opération, lorsqu'apparurent des symptômes d'occlusion de l'artère innominée, qui entraîna la mort du malade quarante-neuf jours après l'opération. A l'autopsie, on constata la présence d'un œillet dans l'intérieur de la poche, protégeant ainsi les parois du sac et pouvant amener par la suite la guérison de l'anévrysme. L'oblitération de l'artère innominée était due à une thrombose et non à une embolie détachée des parois du sac.

C'est à l'application tardive de ce moyen, d'après le docteur H. Bennett, que l'on doit la terminaison fatale qui le suit encore dans la plupart des cas. Il en observe de bons résultats contre un anévrysme thoracique, en traitement dans son service, à l'hôpital de Westminster. C'est donc en l'employant plus tôt que son action curative pourra se manifester et être définitivement jugée. (*Soc. de méd. de Londres* et *Lancet*, 20 mars.)

Cette opinion est justifiée par les résultats obtenus par les docteurs Halvan et Henrot chez un homme de cinquante-quatre ans, traité par le même moyen. Une tumeur pulsatile, superficielle, et conique comme l'extrémité d'un pain de sucre, dont la base avait l'aire d'une pièce de un franc, existait au niveau du second espace intercostal, à gauche du sternum. Le 23 juin, quatre aiguilles sont introduites dans la tumeur, et, avec une machine de Gaiffe, on fait passer successivement les deux pôles sur chaque aiguille. Dès lors, les mouvements de soulèvement de toute la paroi thoracique antérieure, qui, avant l'opération, se répétaient à chaque systole ventriculaire avec une puissance assez grande pour soulever la tête de l'observateur qui auscultait, dimi-

nuèrent notablement après et disparurent dès la seconde séance d'électrolyse. De même des battements superficiels, du frottement vibratoire spécial et de l'impulsion de la tumeur, qu'on semblait percevoir immédiatement sous la peau. De pulsatile et fluctuante, elle est devenue complètement solide, sans aucun mouvement d'expansion. Le souffle rude, extra-cardiaque, occupant le premier temps, le petit silence et le second bruit, qui voilait presque complètement les bruits du cœur avec son maximum d'intensité, au niveau de la tumeur sternale, fut remplacé, le lendemain de la seconde séance, par un souffle doux permettant d'entendre distinctement, à la pointe du cœur, un souffle cardiaque ayant un timbre tout différent du premier. L'angoisse précordiale, la sensation continuelle d'étouffement, les accès de dyspnée, quelquefois même d'orthopnée, les quintes de toux incessantes, les douleurs insupportables que le malade ressentait dans la poitrine, l'épaule gauche et l'oreille, modifiés après la première séance, ont disparu presque complètement pendant les deux jours qui ont suivi les deux séances d'électrolyse, et le malade témoignait toute sa joie de n'avoir plus de *douleur* ni *d'étouffements* et de *pouvoir respirer à fond.*

Il survint malheureusement aussi une hémiplégie complète droite, comme conséquence de la première séance d'électrolyse ; mais sa disparition en trois jours suffit à en montrer le peu de gravité.

Les constatations cadavériques ont confirmé en tout point les signes observés pendant la vie. Les parois de la poche en rapport avec la partie des parois thoraciques où ont été implantées les aiguilles étaient tapissées de caillots fibrineux, lamelliformes, appliqués les uns sur les autres par des séries de couches concentriques; ceux-ci, de formation récente, renfermaient encore des hématies dans leurs mailles fibrineuses. La poche sternale était complètement comblée par des caillots fibrineux consistants, très adhérents aux parois amincies de cette tumeur, qui menaçait de se rompre. (*Union médicale du Nord-Est*, mars.)

Deux nouveaux faits, traités par M. Dujardin-Beaumetz, ont démontré ce que l'on peut attendre de ce procédé. Le premier est relatif à un homme de cinquante-trois ans, malade depuis deux ans, avec tare syphilitique. Il garde le

lit depuis plus de neuf mois et ne calme ses douleurs intolérables que par des injections répétées de morphine. Dyspnée et hémoptysies. Une vaste tumeur molle occupe la moitié supérieure gauche du thorax, débordant de quelques centimètres le bord droit du sternum, dont la face postérieure est usée, ainsi que celle des deuxième, troisième et quatrième côtes gauches, avec tous les caractères physiques en avant et en arrière d'un anévrysme de l'aorte.

Cinq séances d'électro-puncture ont suffi pour que le malade pût se lever et marcher à l'aise. Une demi-seringue d'injection morphinée suffisait à calmer ses douleurs. La tumeur, notablement diminuée de volume, était devenue dure et résistante, avec diminution de ses battements expansifs. L'état général était assez bon pour que le malade retourne dans son pays en se disant guéri. Il peut reprendre ses occupations actives, cessées depuis près d'un an.

L'amélioration a été aussi manifeste chez le second malade, marchand de vin de quarante-deux ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 9 février. Il souffrait depuis quatre à cinq ans et avait parcouru successivement divers hôpitaux. L'anévrysme était arrivé à sa période ultime : plus de sommeil ni de repos, toux incessante, dyspnée extrême, impossibilité de quitter le lit, douleurs intolérables, accroissement notable et journalier de la tumeur. Après cinq séances d'électro-puncture, les douleurs ont disparu, le malade a retrouvé le repos : il se lève et marche sans inconvénient et repart également dans son pays.

Ce n'est pas la guérison, sans doute ; mais, devant ce soulagement, cette amélioration, cette méthode est supérieure à toutes les autres médications. (*Bull. de thér.*, 15 juillet.)

Sa valeur est encore justifiée par la statistique suivante. Sur 114 cas collectés par le docteur Petit, il a trouvé :

68 améliorations ;
40 morts sans amélioration ;
3 *statu quo ;*
3 inconnus.

Parmi les améliorés :

28 ont survécu de 1 à 6 mois ;
26, de 7 mois à 1 an ;
6, de 13 mois à 2 ans ;
4, au-dessus jusqu'à 5 ans.

Un abcès s'est développé accidentellement au siège de la piqûre d'une cinquième application de la galvano-puncture, faite le 19 mars dernier par les docteurs Sturges et H. Bennett, chez un laboureur de quarante-trois ans, contre un anévrysme de l'aorte. Rien n'avait été changé aux précédentes applications. L'abcès augmenta et prit un caractère érysipélateux. Il avait le volume d'un œuf de dinde, avec écoulement d'un liquide jaune sanguinolent, lorsqu'un flot de sang jaillit subitement le quinzième jour. L'anévrysme s'était ouvert, et la mort en résulta instantanément. (*Lancet*, 7 août.)

Étude expérimentale et clinique de l'électro-puncture dans la cure des anévrysmes intra-thoraciques, thèse inaugurale, par L. Robin, Paris, 1880.

Histoire et description du procédé opératoire, action différente des pôles et la supériorité du pôle positif, indications et résultats de l'opération avec expériences et observations cliniques démonstratives, tel est le contenu de ce travail qui peut être considéré comme le résumé le plus complet de cette nouvelle conquête thérapeutique.

Anévrysme de la sous-clavière. Effet ou non de la faveur croissante des méthodes de douceur en chirurgie, l'*amputation de l'épaule*, instituée par W. Fergusson comme moyen de traitement radical de cet anévrysme, est en train de succomber en Angleterre sous les aiguilles de M. C. Heath. Ayant eu à traiter un anévrysme de ce genre, survenu à la suite d'une fracture de la clavicule et de la première côte gauches chez un paralysé de ce côté, il amputa l'épaule le 4 novembre; mais la tumeur anévrysmale n'en continua pas moins à s'accroître, malgré la compression et les injections d'ergotine. M. Heath introduisit alors dans le sac, le 1er janvier, trois paires de fines aiguilles, le traversant de part en part. Un caillot se forma aussitôt, et les aiguilles furent retirées le cinquième jour. La tumeur se solidifia, et l'on pouvait en espérer la guérison, lorsqu'une bronchite intercurrente enleva l'opéré le 18 janvier. L'autopsie montra en effet la guérison de l'anévrysme, le sac étant rempli d'une fibrine dense et communiquant avec la sous-clavière par une petite ouverture faite par la côte brisée. D'où il

conclut que cette méthode est bien préférable à l'amputation aussi bien qu'à l'introduction des fils métalliques ou des crins de cheval. (*Royal med. and chir. Society*, 27 janvier.)

On aneurism (Des anévrysmes du thorax et du cou en particulier), par R. Barwell, chirurgien de l'hôpital de *Charing Cross;* un volume, avec planches. Londres. Relation des succès obtenus par la nouvelle ligature faite avec les parois de l'aorte fraîche du bœuf, laquelle, par son élasticité, peut être appliquée sans rompre les membranes artérielles. L'emploi du *listerism* en est aussi une condition. Une double ligature de ce genre, faite sur l'innominée contre l'anévrysme, a donné ainsi trois guérisons sur quatre cas. Sept autres applications dans la continuité des plus grosses artères sont également relatées, sans qu'il en résulte la preuve de la non-division des parois artérielles par ce nouveau tissu.

ARSENIC. Il est curieux de montrer jusqu'où vont aujourd'hui les recherches de la jeune école pour rendre plus positives les applications de la thérapeutique, celles des poisons en particulier. Les expériences de M. Scolosuboff ayant démontré que l'arsenic se localise dans le cerveau (V. *année* 1876), il s'agissait de déterminer la partie même du cerveau dans laquelle il se concentre ou du moins le principe qu'il neutralise ou élimine en le remplaçant. Et supposant — car il faut toujours partir d'une induction avant d'agir — que l'arsenic détruisait le phosphore, lequel ne peut s'éliminer que par l'urine, MM. Scolosuboff et Gautier ont institué des expériences d'après ces prémisses.

Après avoir dosé exactement à plusieurs reprises l'acide phosphorique de l'urine de plusieurs cobayes, ils les ont soumis à un régime identique en y mêlant ensuite de faibles doses d'acide arsénieux jusqu'à leur mort. Deux séries d'expériences ont été faites du 10 janvier au 2 avril 1879, sur un cobaye ayant absorbé 685 dix-millièmes d'acide arsénieux en trente-trois jours, tandis que le second en a pris 915 en trente-huit. Or, comme dans cet intervalle l'élimination du phosphore par l'urine, restée de 5 à 700 dix-millièmes par jour avant l'administration de

l'arsenic, s'est tout à coup élevée graduellement jusqu'à 1700 dix-millièmes et plus pendant son absorption, les auteurs en concluent que l'influence d'un traitement arsenical augmente considérablement l'élimination du phosphore dans les urines.... des cobayes. Et, sa diminution ayant été constatée chez l'homme dans le cours des affections cérébrales, ils s'en servent pour prouver que sa surélévation dépend exclusivement d'une substitution de l'arsenic par le phosphore dans le cerveau et non d'un état pathologique de l'animal.

Telle est la science du jour. Au lieu d'observer directement sur l'homme, — ce qui serait facile avec l'administration fréquente de l'arsenic, — on y substitue le cobaye, comme plus rigoureux, et l'on assimile, on confond même les résultats obtenus de part et d'autre pour en inférer que le traitement arsenical provoque l'élimination du phosphore du cerveau. Que l'on en conclue que l'arsenic semble remplacer le phosphore de l'acide phospho-glycérique contenu dans la lécithine, en produisant un acide arsénio-glycérique à sa place, c'est bien, il est permis de tenter toutes les expériences et les réactions à ce sujet; mais inférer de là quoi que ce soit pour une thérapeutique sérieuse et positive de l'arsenic nous semble une pure spéculation scientifique.

Influence des corps gras sur l'absorption; thèse inaugurale soutenue à la Faculté de médecine de Lyon, par le docteur A. Chapuis, maître de conférences à cette Faculté. Lyon, 1880.

Résultats d'expériences faites sur des chiens avec de l'acide arsénieux porphyrisé et mélangé intimement à du beurre frais. L'auteur et un de ses amis se sont même soumis à l'ingestion quotidienne, pendant cinq à six jours consécutifs, de 5 centigrammes d'acide arsénieux dans 5 grammes de beurre, et, dans tous les cas, les résultats ont été les mêmes.

L'arsenic seul est beaucoup plus toxique que mélangé aux corps gras. Sous cette dernière forme, il est réellement absorbé, mais tardivement, sept à huit heures après l'ingestion. Mais, une fois l'absorption commencée, elle se continue de telle sorte que, à doses égales, l'arsenic mélangé aux corps gras est, en fin de compte, absorbé en plus grande quantité que s'il était seul, probablement par la formation

de l'hydrogène arsénié. Des analyses comparatives, jour par jour, des urines et des matières fécales, en ont donné la preuve.

Son élimination suit de près l'absorption. On en constate la présence dans les urines huit heures environ après l'ingestion, soit une demi-heure après l'absorption. Elle est très rapide. C'est au début que les urines en contiennent le plus, et elle serait complète en vingt-quatre heures, s'il n'en restait pas dans le tube digestif.

Ingéré et absorbé de cette manière, l'arsenic ne se localise pas et n'entre pas en combinaison avec les tissus, comme dans les autres conditions. C'est là un fait de la plus haute importance pour les médecins légistes. Des animaux soumis à un traitement semblable pendant trente jours, et qui ingéraient de 5 à 7 centigrammes d'acide arsénieux par jour, ne présentèrent à l'autopsie aucune localisation, aucune altération d'organes. Pas d'arsenic dans le cerveau, la moelle, les muscles, le foie; une certaine quantité dans la peau et les poils. Cependant les urines avaient été tout le temps fortement arsenicales : la quantité d'arsenic éliminée par cette voie peut être évaluée par jour de 9 à 12 miligrammes calculés en acide arsénieux.

Il n'a pas davantage d'action corrosive sur la muqueuse de l'intestin, tandis que, ingéré seul, il ne tarde pas à y déterminer des désordres irréparables.

La mort peut survenir à la suite du traitement arsenical gras longtemps continué, sans accidents préalables bien marqués. L'animal meurt presque subitement, avec tous les symptômes d'un empoisonnement aigu : vomissements répétés, diarrhée abondante, hoquets, dyspnée, accompagnés de phénomènes nerveux que rien ne faisait prévoir un jour ou trente-six heures auparavant.

Il y a donc des différences considérables dans la marche de l'empoisonnement par l'arsenic, suivant qu'il est administré seul ou associé aux corps gras. Ceux-ci peuvent retarder le passage du poison de l'intestin dans l'organisme, en atténuer les conséquences ; mais ils sont impuissants à empêcher l'absorption définitive et ne doivent pas être considérés comme un antidote.

En résumé, la lenteur de l'absorption, ou plutôt le long intervalle compris entre l'ingestion d'une part, l'apparition

des premiers phénomènes d'intoxication et l'élimination d'autre part; en second lieu, l'absence de localisation, le manque d'ulcérations du tube digestif; enfin la mort survenant presque subitement, sans accidents prémonitoires et avec le cortège des manifestations ordinaires de l'empoisonnement aigu : voilà des caractères bien suffisants pour imprimer une physionomie toute spéciale à l'intoxication par l'arsenic mélangé aux corps gras.

ASPHYXIE. Asphyxie par les vapeurs de charbon. *Glycosurie passagère.* Deux nouvelles observations de ce phénomène — recueillies par le docteur Ollivier dans son service de l'hôpital Lariboisière sur deux hommes s'étant asphyxiés par le charbon, et dont l'un a succombé, — montrent que cette présence du sucre dans l'urine est proportionnée, dans sa quantité et sa durée, à la gravité même de l'empoisonnement, preuve évidente qu'elle en dépend. On peut d'autant mieux s'en assurer que la rétention d'urine ordinaire, dans ces cas, oblige de recourir au cathétérisme. On n'en constata ainsi que de minimes quantités pendant les deux premiers jours chez le jeune homme qui guérit; au contraire, le vieillard, qui mourut, en présenta des quantités plus notables pendant les quatre jours suivants. Ce signe même pourrait donc éclairer le pronostic de l'empoisonnement.

Ce symptôme du début est si léger que, sur les quatorze observations d'empoisonnement par le charbon rapportées par Friedberg en 1866, il ne se montra que dans quatre cas. On le rencontre plus souvent chez les animaux asphyxiés expérimentalement. Aussi l'étiologie en est-elle des plus obscures, comme sur toutes les autres variétés du diabète. L'action asphyxiante de l'oxyde de carbone sur les globules du sang, éclairée par Cl. Bernard, ne paraît pas avoir élucidé cette question. C'est du moins ce qui résulte de l'historique très bien fait à ce sujet par M. Ollivier. (*Archives de méd.*, novembre 1879.)

Suivant les expériences de M. Dastre, cette glycémie asphyxique serait une conséquence immédiate de la soustraction de l'oxygène. La quantité de sucre est proportionnée à la rapidité de l'asphyxie. Elle augmente et diminue à volonté, suivant que l'on donne plus ou moins d'air à l'animal ou que l'on gêne plus ou moins sa respiration. Moins il y a

d'oxygène dans l'air respiré, plus il y a de sucre dans le sang. L'asphyxie sous cloche et par dépression a mis ce fai hors de doute. L'oxyde de carbone ne serait pour rien dans ce résultat. (*Acad. des sciences*, octobre 1879.)

Asphyxie par le gaz d'éclairage. Lorsqu'il se produit une perte de gaz aux abords des maisons, soit par une fuite, soit par un siphon vide, comme on en dispose en quelques points sur les tuyaux pour en retirer l'eau de condensation, si l'accident a lieu au moment où les couches supérieures de la terre sont gelées, le gaz, au lieu de s'échapper immédiatement à travers le sol devenu imperméable, s'infiltre au loin et vient se dégager dans les caves ou les sous-sols, d'où il gagne facilement les appartements. Dans les faits observés, dit M. Layet, les phénomènes graves d'empoisonnement ont été presque toujours précédés d'un certain nombre d'accidents, comme des nausées, de la céphalalgie, des vertiges, etc., ce qui, joint à l'odeur insupportable répandue dans les maisons, peut mettre sur la voie du diagnostic et permettre de prendre des mesures préventives. Quant à l'agent toxique, on sait que c'est l'oxyde de carbone, entrant dans la composition du gaz d'éclairage en quantité plus ou moins considérable, qui doit être avant tout incriminé. Aussi les accidents sont-ils ceux de l'empoisonnement par ce gaz et doivent-ils être traités comme tels. C'est donc à diminuer ou supprimer ce produit dans le gaz d'éclairage que doit tendre l'industrie, autant que possible, et aussi à diminuer les causes d'infiltration qui se produisent plus particulièrement au moment des gelées. (*Revue d'hygiène.*)

Les fortes gelées qui ont sévi pendant les mois de décembre et janvier de l'hiver dernier ont produit partout plusieurs accidents de ce genre par l'éclatement des conduites d'eau et de gaz. Peu de villes ayant une usine à gaz n'ont eu à déplorer des cas d'asphyxie. En voici un exemple, semi-dramatique et semi-comique, observé à Mâcon par le docteur C. Biot.

A 60 ou 80 mètres de l'usine à gaz vivaient les époux D., dans une maisonnette à deux étages dont les murs en pisé ont une épaisseur de 40 centimètres environ. La façade sur la rue est constituée par des châssis vitrés, et l'autre, plus

massive, ouvre sa porte et ses fenêtres sur un petit jardin au levant se terminant par le mur du gazomètre.

Le mari de cinquante ans et la femme de quarante-cinq couchaient au rez-de-chaussée, dans une chambre carrelée, dont une fenêtre de 60 centimètres sur 40 était l'unique ouverture sur le jardin. Son entrée est dans la pièce sur la rue, dans le plancher de laquelle existe une trappe de 2 mètres de long sur 1 de large qui donne accès dans une excavation servant de cave.

Le 21 décembre 1879, à dix heures et demie du matin, j'étais appelé dans cette maison pour secourir une femme qui respirait à peine et se mourait, disait-on. Elle était étendue dans son lit, la face pâle, les lèvres cyanosées, respirant avec une difficulté extrême, ayant les pupilles contractées, égales, mais insensibles aux excitations lumineuses. Le pouls, régulier, bat 116 par minute. Pas d'odeur spéciale de la respiration ni de contracture des membres, mais sans la flaccidité absolue, comme dans le cas d'hémorrhagie cérébrale. Dans la chambre, aucune odeur spéciale. Pas de feu dans le poêle, qui ne contient d'ailleurs que des débris de houille. Sur la cheminée et la table, pas de flacon à allures suspectes.

Voici les renseignements donnés par le mari.

Le vendredi précédent, c'est-à-dire trois jours auparavant, les deux époux se réveillèrent à l'heure habituelle, ayant tous deux mal au cœur, la tête lourde, sans savoir à quelle cause attribuer ce malaise. Le mari s'empressa alors d'aller chez le pharmacien, qui délivra une purgation que les deux époux partagèrent. Dans l'après-midi, ils se trouvèrent mieux et purent vaquer à leurs occupations habituelles.

Le lendemain, samedi, le mari n'éprouva rien de particulier, sinon encore un peu d'inappétence. La femme avait de nouveau la tête chaude et des nausées fréquentes. Cependant ils prirent leurs repas comme d'habitude et se couchèrent, vers huit heures du soir, dans un état relativement bon. Dans la nuit, le mari s'aperçut que sa femme, contre son habitude, ronflait très fortement. Au matin, lorsqu'il se leva, sa femme ronflait toujours; quant à lui, à peine était-il sur pied, que, perdant l'équilibre à cause d'un violent mal de tête, il tomba tout de son long. Il voulut

se relever et aller à la fenêtre pour respirer un air plus frais ; mais une nouvelle chute l'en empêcha. Il prit alors le singulier et stoïque parti de remonter dans son lit, et il se rendormit. Vers dix heures et demie, une parente qui venait les voir, trouvant portes et fenêtres closes, et apprenant des voisins qu'on ne les avait pas encore vus sortir, s'inquiéta et, brisant un carreau de vitre, ouvrit la fenêtre du dehors. Le mari eut alors la force de se lever et d'aller ouvrir la porte. La femme était toujours endormie profondément. Sa parente, inquiète de ne pouvoir la tirer de ce sommeil, lui fit respirer du vinaigre, lui mit des compresses d'eau vinaigrée sur la tête, et ouvrit portes et fenêtres pour changer rapidement l'air de la chambre, puis on m'envoya chercher.

Une asphyxie étant évidente, il s'agissait d'y remédier sans en déterminer la cause. Une injection hypodermique d'éther ranima un peu la malade ; on lui fit respirer de l'ammoniaque et couvrir les jambes de sinapismes. Un quart d'heure après, elle ouvrit les yeux, balbutia ensuite, et, une heure après, elle était hors de danger. A la visite du soir, la connaissance était revenue et il n'y avait plus que de la céphalalgie ; mais, saisi en entrant par une odeur de benzine, j'en recherchai la cause. Le mari et les voisins l'attribuaient à celle du pétrole provenant de quelques fûts déposés à côté. Je fis lever la trappe, et à l'odeur qui me suffoqua, je pus affirmer que cette femme avait été empoisonnée par le gaz d'éclairage ou les émanations de l'usine voisine. La terre étant gelée à plus de 80 centimètres, les vapeurs, n'ayant pu se dégager plus près de leur source, étaient venues sourdre dans la cave, dont les parois perméables en facilitaient le libre dégagement. Je prescrivis d'abandonner le rez-de-chaussée et de coucher au premier étage.

Le lendemain cependant, les époux D. avaient résisté, et ce n'est que devant mes craintes d'une nouvelle asphyxie ou d'une explosion qu'ils cédèrent heureusement, car dans la nuit suivante, la femme ayant soif, le mari alluma une bougie et descendit pour aller à la cave. Mais, à peine avait-il soulevé la trappe, qu'une vive lueur se produit et le rejette en arrière. Une explosion formidable éclate aussitôt, la maison en est violemment ébranlée, les volets et la devanture sont projetés au loin, toutes les vitres sont brisées,

le plancher même du rez-de-chaussée est soulevé en bloc et déplacé, lits et meubles sont renversés, le mur se lézarde et le plafond tombe émietté. La malade, restée au premier étage, en fut épouvantée et se crut ensevelie sous les décombres. Réveillés en sursaut à cette détonation, tous les voisins accoururent pour porter secours.

A ma visite, le mari avait les cheveux, les sourcils, les cils, la barbe entièrement brûlés et toute la face profondément atteinte, ainsi que la région dorsale de la main gauche. Il en fut heureusement quitte en gardant la chambre une quinzaine de jours. Sa femme n'en éprouva qu'une sorte d'hébétude et de céphalalgie sourde et gravative. Un petit abcès limité se développa au siège de l'injection hypodermique d'éther. (*Lyon méd.*)

ATAXIE LOCOMOTRICE. Les nouvelles découvertes françaises sur les redoutables complications de cette maladie ont eu en Angleterre un complément d'instruction officielle qui en a confirmé tous les détails d'une manière éclatante. Trois ataxiques, présentant des lésions osseuses et articulaires types, avec crises gastriques, ont été soumis par le docteur Buzzard à la Société pathologique de Londres comme des exemples irrécusables des découvertes de M. Charcot, en s'étonnant que leur importance n'ait pas encore provoqué de débat public au delà du détroit. Le premier est un exemple typique d'arthropathie tabétique (Voy. *année* 1875). C'est un homme dont la tête et le col du fémur ont entièrement disparu en trois mois, tandis que le tendon supérieur du muscle droit présente une ossification de neuf pouces de long. Les deux autres sont des femmes actuellement en observation à l'hôpital spécial des paralysés. L'une est une veuve de cinquante ans, souffrant depuis onze ans de douleurs typiques des membres et de crises gastriques, ou douleurs déchirantes de l'estomac et de la poitrine, avec vomissements revenant irrégulièrement de quatre à huit mois d'intervalle. Elle se fractura le col du fémur droit en marchant tranquillement en octobre 1878, et le fémur gauche se luxa spontanément en se couchant en juillet 1879. Les deux articulations sont mobiles, mais les mouvements sont limités, avec crépitation marquée surtout à droite. C'est donc un exemple de double fracture spon-

tanée, avec désorganisation de la jointure, atrophie et absorption de la tête et du col de l'os droit.

L'autre a trentre-six ans et fait remonter les douleurs fulgurantes des membres à dix ans, revenant par intervalles d'un mois à deux, avec crises gastriques caractéristiques, comme chez la précédente, et durant trois à quatre jours chaque mois. Pupilles insensibles; cécité partielle des couleurs, analgésie des extrémités. La jambe droite rougit et enfla, il y a trois ans, sans douleur et, après quelques alternatives de mieux et de pire, la jambe gauche se prit de même. Le genou droit fut dès lors trouvé désorganisé. Il y avait crépitation, sans douleur, et fluctuation. Le condyle interne faisait saillie en dedans, et tous les ligaments ont maintenant disparu; le genou gauche se prit de même. Puis ce fut l'épaule droite. Le frottement indolore des os de toutes ces grandes articulations donne maintenant un bruit perceptible aux assistants. L'extrême mobilité des surfaces articulaires, en en changeant les rapports, oblige de tenir ces articulations enveloppées solidement.

Ces exemples caractéristiques des lésions osseuses et articulaires de l'ataxie ne sont pas toujours accompagnés des crises gastriques. M. Buzzard les a rencontrées seulement huit fois, dont quatre cas très prononcés, dans cinquante-six cas de tabes de son expérience personnelle. Sur soixante observations d'arthropathie tabétique, collectées dans les auteurs français, ce phénomène gastrique est seulement signalé dans six. Et, comme il peut être rationnellement attribué à la sclérose des racines du nerf vague, ce symptôme gastrique lui semble indiquer que c'est au voisinage de ces racines, dans la moelle allongée, que l'on a chance de rencontrer les lésions originaires des altérations du système osseux, bien plus que dans les cornes antérieures de la moelle spinale, suivant l'idée de M. Charcot. Trois récentes autopsies ayant montré les cellules de ces cornes parfaitement saines infirment cette opinion. Sans réclamer pour cette idée d'autre valeur que celle d'une légitime hypothèse, M. Buzzard pense que, d'accord avec l'association clinique des symptômes, c'est dans cette région que l'anatomie pathologique doit utilement diriger ses recherches pour trouver le siège de l'arthropathie tabétique. La découverte de ce centre de nutrition des articulations dans

la moelle allongée aiderait à expliquer l'association remarquable des complications cardiaques dans le rhumatisme, ou la loi de Bouillaud, ainsi que la température qui préside à celle-ci, et peut-être à éclairer la pathologie obscure de l'arthrite déformante.

Sauf cette digression, la discussion s'est parfaitement maintenue sur le terrain des faits. L'articulation scapulo-humérale d'un ataxique de quarante-cinq ans, mort d'un épanchement pleurétique, a été exhibée pour en montrer les altérations caractéristiques : cartilages érodés, séparation du condyle externe de l'humérus, projections villeuses à l'intérieur de la synoviale, etc., etc. Le président, M. Hutchinson, montra des pièces anatomiques semblables et relata l'observation d'un ataxique lui ayant présenté trois phases distinctes : crises gastriques au début, cécité trois ans après, luxation fémorale ensuite par absorption de la tête et du col de l'os avec fracture du fémur dans la continuité. Le docteur Sturges a parlé aussi d'un ataxique en observation dont les premiers symptômes ont été des crises gastriques et dont les jointures sont maintenant enflées. Il a vu deux cas de fractures spontanées chez des ataxiques, l'une au tiers supérieur du tibia droit, et le fémur correspondant se brisa ensuite au tiers inférieur; l'autre du tibia et du péroné, et l'humérus se luxa ensuite spontanément en se mettant au lit.

L'observation se confirme donc partout, mais l'interprétation est toute différente pour quelques-uns. M. Macnamara ne voit là que le processus d'une ostéite locale. Les changements articulaires, dit-il, sont identiques à ceux de l'arthrite rhumatismale chronique. Il a ainsi considéré comme simple rhumatisant un homme qui présenta ensuite une cécité croissante par atrophie du disque optique et des symptômes d'ataxie locomotrice. La tête de l'humérus droit était entièrement détruite, et l'os se luxa ensuite, sans aucun changement dans les hanches ni les genoux. Une synovite locale est donc l'origine de ces lésions.

D'autres ont parlé d'une ostéo-arthritis ou d'une arthrite généralisée, comme dans le rhumatisme chronique. Mais, invoquant les faits exposés dans la séance même, M. Buzzard a réfuté victorieusement toutes ces opinions hasardées, en montrant que les crises gastriques, accompagnant l'arthro-

pathie, la distinguaient suffisamment du rhumatisme. Celui-ci atteint les petites articulations comme les grandes s'il se généralise ; l'arthropathie tabétique s'attaque exclusivement à celles-ci, et la quantité du liquide épanché en dehors même de l'articulation, l'extrême rapidité du processus destructif des têtes articulaires, sans douleur, prouvent hautement qu'elle n'est pas de nature rhumatismale. (*Lancet*, 7 février.)

Un autre fait est cité à l'appui par le docteur Dreschfeld chez un homme de cinquante ans, sans aucun antécédent syphilitique ni alcoolique, entré à l'infirmerie royale de Manchester sept ans après le début des douleurs en éclair des membres. L'apparence était celle d'un homme en santé ; les cuisses seules étaient amaigries, avec perte de la sensibilité. La sensation de la température et de la pesanteur persistaient. Luxation en arrière du fémur gauche, le tibia faisant saillie en avant sous la peau, sans atrophie des surfaces articulaires. A droite, la tête du fémur, sans atrophie, était projetée en dehors de l'os iliaque, très mobile et pouvant être facilement réduit, mais pour se déplacer aussitôt. Le genou droit était ainsi de quatre pouces plus élevé que le gauche, pour revenir au même niveau par la réduction. Une ossification partielle du muscle sartorius, manifeste par sa contraction, nuisait encore à la motilité des membres. Le malade ne pouvait se mouvoir qu'à l'aide de béquilles et de ses yeux fixés dessus. (*Id.*, 10 juillet.)

A ceux qui ne voient ni n'admettent aucune relation entre les crises gastriques et l'arthropathie, on peut opposer les crises néphrétiques, observées par M. Raynaud, et tout le cortège des complications viscérales et prodromiques de cette singulière affection, comme la paralysie des moteurs de l'œil et les accidents uréthraux (Voy. *année* 1876). Les troubles de sensibilité, de contact, signalés en 1877 par M. Oulmont chez la plupart des ataxiques, sont une autre preuve de la nature nerveuse de cette maladie.

Arthropathies. Cette affection n'est point articulaire, comme on l'a pensé lorsque M. Charcot découvrit cette affection chez les ataxiques. Elle est osseuse, dit M. Regnard, son élève. Et il le démontre en présentant la tête du fémur d'un ataxique dont les apophyses et les épiphyses sont complètement usées ; de plus, l'analyse chimique de la

partie inférieure de cet os a donné les résultats suivants : 100 grammes contiennent 75 grammes de matières organiques et 25 grammes de matières inorganiques.

La quantité d'osséine est à peu près normale ; mais la graisse prend les proportions considérables de 37 gr. 70 pour 100 ; elle remplace le phosphate de chaux, qui, de 50 grammes pour 100, est tombé à 10 grammes. Il y a là une véritable stéatose de l'os ; ce n'est donc pas à l'arthrite sèche, mais à l'ostéomalacie, qu'il faut comparer cette affection. (*Soc. de biologie,* décembre 1879.)

On s'explique ainsi les fractures spontanées chez ces malades, non seulement dans les articulations altérées, mais dans la continuité même des membres, comme M. Oulmont fils en a rapporté un exemple. (Voy. *année* 1877.)

Spasme glottique du début. Signalé premièrement par Cruveilhier en 1825, cet accident n'a été que fort rarement observé depuis. Quatre cas en sont relatés par M. Krishaber en sa qualité de spécialiste, dont deux observés à la Salpétrière. L'extrême variété de ce spasme d'un malade à l'autre, quant à la forme, l'intensité et la fréquence, en est le caractère distinctif. Il est ainsi impossible d'en saisir ni d'en retracer les principaux traits. Limité d'abord à des quintes de toux spasmodique avec reprise coqueluchoïde revenant par accès ou crises, il acquiert graduellement une intensité telle, que la gêne respiratoire va jusqu'au sifflement, au cornage, à l'aboiement, la suffocation, la cyanose, l'asphyxie avec perte de connaissance, convulsions, au point de nécessiter la trachéotomie comme dans le premier cas. Cette opération a pu seule écarter les accidents. Et ce fait est d'autant plus remarquable que ces accès, annoncés par une sensation de brulûre ou de chaleur sur l'un des côtés du larynx, ont persisté en augmentant de 1871 à 1877 sans la moindre trace d'incoordination du mouvement. Les douleurs fulgurantes étaient le seul caractère du tabes, tandis que des antécédents syphilitiques marqués eussent pu y faire rattacher ces accidents avec plus de vraisemblance si le laryngoscope n'eût montré d'autre lésion locale que l'immobilité de la corde vocale inférieure gauche pour les expliquer.

L'ataxie était beaucoup plus évidente dans les trois

autres cas, sans que l'examen laryngoscopique ait démontré d'autre lésion que dans le premier, au moins à l'état de repos, mais il suffisait de toucher aux cordes vocales immobiles pour en provoquer le spasme et la contraction.

Il est remarquable que, chez tous ces malades, bien d'autres accidents nerveux existaient simultanément. Ce n'est donc qu'au point de vue spécial du laryngoscope que l'auteur en tient si grand compte, car ils n'étaient pas toujours prédominants comme chez le premier. (*Congrès de laryngol. de Milan*, in *Gaz. hebdom.* n° 41, et *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 5.)

Crises gastralgiques avec hématémèse. En poursuivant ses études cliniques sur la marche latente de l'ataxie (V. *année* 1879), M. Debove a observé, dans son service temporaire de l'Hôtel-Dieu, un homme souffrant de crises gastralgiques très douloureuses, revenant tous les quinze jours, au milieu d'une santé florissante. Aucun phénomène d'incoordination, sinon la perte subite de la vue du côté droit. Puis les vomissements s'ajoutèrent aux crises, et enfin du sang. On put croire à un ulcère de l'estomac en l'absence de troubles de la motilité. Mais les cris de douleur poussés par le malade pendant ses crises gastralgiques, caractéristiques de l'ataxie, et surtout l'hématémèse qui s'y joignait, firent réformer le diagnostic, que les troubles de la marche ne tardèrent pas à éclairer. (*Soc. méd. des hôpit.*)

Lésions cardiaques. Elles semblent augmenter depuis que Berger et Rosenbach en ont réuni sept cas. Le professeur Grasset, de Montpellier, en ajoute quinze autres et deux personnels. Ce chiffre indique donc évidemment plus qu'une coïncidence entre ces deux états pathologiques, d'autant plus que, chez les malades, on n'a relevé aucune des causes ordinaires de l'affection cardiaque, et en particulier le rhumatisme. Un point seulement a été commun à presque toutes les observations : c'est la durée et l'intensité des douleurs, que celles-ci siégeassent au niveau des membres ou se montrassent sous forme de viscéralgies. Dans quelques cas même, comme dans ceux de MM. Charcot et Debove, il s'est agi d'ataxies frustes, caractérisées surtout par ces douleurs. Dès lors, on peut supposer que l'ataxie loco-

motrice développe l'altération cardiaque, non plus à titre de maladie de la moelle, mais à titre de maladie douloureuse. M. Grasset appuie cette interprétation sur deux ordres de faits expérimentaux et pathologiques. D'une part, en effet, les physiologistes ont démontré dans leurs expériences que les excitations périphériques ont un retentissement considérable sur l'organe de la circulation. D'autre part, la clinique fait voir que, en dehors de l'ataxie, certaines affections douloureuses sont l'origine d'un grand nombre de maladies de cœur. Sans parler des émotions violentes et répétées que les auteurs anciens invoquaient si facilement, M. Potain a démontré l'influence des affections du foie et de l'estomac sur la dilatation du cœur droit. Mais l'estomac et le foie ne sont pas les seuls points de départ possibles de ce retentissement cardiaque; il peut se produire dans les affections douloureuses des intestins et des ligament larges, ainsi que M. Tripier en a cité des exemples. Les troubles répétés, permanents, considérables dans le fonctionnement, finissent, dans certains cas, par amener des altérations anatomiques de cet organe. C'est donc à titre de maladie douloureuse, pouvant amener à la longue la lésion cardiaque, que M. Grasset considère l'ataxie locomotrice. Les faits, il est vrai, ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse affirmer ces résultats d'une manière certaine; mais ils montrent qu'il y a un véritable intérêt clinique à poursuivre les recherches dans cette voie. (*Montpellier méd.*)

Hérédité. Son action directe reste toujours douteuse malgré certains exemples affirmatifs comme ceux de Carré qui l'a constatée chez les huit enfants d'une mère ataxique et chez les sept enfants de ses filles, c'est-à-dire seize personnes en trois générations successives. Friedrich et d'autres ont cité aussi des cas d'hérédité apparente et le docteur Carpenter a signalé, en 1872, deux sœurs atteintes simultanément de la même forme ataxique dont un frère fut atteint plus tard. (*Med. Society of London.*) Mais l'hérédité n'était pas directe dans ces derniers cas; les parents n'étaient frappés que de névropathies diverses et c'est ainsi que Friedreich en forma une variété distincte qui se trouve confirmée par le fait suivant.

Dans une famille de neuf enfants, dont le père est bien portant, quoique un frère et deux cousins soient aliénés, la mère ayant été choréique, le docteur Gowers a observé cinq ataxiques. L'aîné, âgé de trente-neuf ans, est atteint depuis vingt ans et marche avec des béquilles; incoordination des bras et arthrite, sensibilité tactile normale. Des trois enfants suivants, une fille est morte de fièvre à dix ans, et les deux autres fils, de trente-cinq et trente-trois ans, sont bien portants. Une fille de vingt-neuf ans est devenue ataxique à dix-huit; elle peut à peine se tenir debout avec incoordination des bras; la parole est atteinte, mais la sensibilité est normale. Le fils suivant, âgé de vingt-six ans, se porte bien ; mais son frère cadet, âgé de vingt-trois, a commencé à être atteint à dix-neuf, et ne peut marcher sans soutien, à cause de l'ataxie des bras et des jambes et la perte de la sensibilité. Celui qui suit, de vingt-deux ans, dit se bien porter, mais, à l'examen, les articulations sont gonflées et il est incapable de marcher les yeux fermés. Il ne sent qu'imparfaitement le sol et il y a absence, comme chez tous ses frères précédents, du mouvement réflexe du ligament rotulien (*knee-jerk*). Le dernier fils, âgé de dix-neuf ans, présente les mêmes symptômes que le précédent, mais à un plus haut degré : il ne peut même écrire. Des huit adultes de cette famille, cinq sont ainsi atteints, sans que l'état du pouvoir sexuel puisse être distingué, aucun des malades n'étant marié. Les mêmes symptômes existent à divers degrés chez tous et la principale différence est dans le trouble du toucher, plus marqué chez les deux plus jeunes que chez les autres. (*Clin. Soc.*, 8 octobre.)

On ne peut donc pas dire que ce soit là une hérédité directe, mais elle est si marquée que son influence ne saurait être mise en doute. Est-ce l'action de la syphilis qui a agi dans ce cas, comme on l'a signalé dans d'autres, ou simplement la névropathie héréditaire qui s'est manifestée sous cette forme ? *That is the question.*

Bains galvaniques. Voy. ce mot.

B

BAINS GALVANIQUES. Tout différents des bains électriques, ceux-ci, imaginés par Potin, se composent simplement d'un bain d'eau tiède ordinaire traversé par un extra-courant dans une baignoire isolante soit en bois, soit émaillée d'un vernis de feldspath à l'intérieur, ou recouverte à l'extérieur de plusieurs couches d'une peinture non métallique. Une bobine Ruhmkorf à un seul fil de 3 millimètres de diamètre et 60 mètres de long sert à cet effet. Un intercepteur formé par une masse de fer doux se trouve au milieu recouvert d'un cylindre saillant, mobile, en cuivre, qu'il suffit d'attirer au dehors pour avoir une induction plus puissante.

Aux extrémités de cette bobine sont deux bornes dont l'une est pourvue de deux fils d'une pile composée d'un élément de Bunsen avec charbon et marchant à l'acide nitrique. De la seconde partent deux fils aboutissant à deux autres bornes qui reçoivent l'extrémité des fils plongeant dans l'eau et placés aux deux bouts de la baignoire, avec une plaque de charbon de cornue à gaz.

En faisant marcher l'intercepteur de la bobine, quand elle est mise en activité, il en résulte des interruptions qui rompent le courant dans les sens inverses de la bobine et dont l'un est annulé, tandis que l'autre, assez faible, mais d'une grande tension, se répand dans la baignoire. Le bruit du va-et-vient de l'intercepteur indique que la pile marche, et il suffit de plonger la main dans l'eau pour s'assurer, par les secousses qu'elle reçoit, que l'extra-courant traverse l'eau. Elles augmentent ou diminuent suivant que la main s'approche ou s'éloigne des deux plaques.

Le bain étant préparé comme à l'ordinaire et même avec un fond de toile sur les fils, l'appareil est orienté avec le pôle positif aux pieds. Le courant traverse le corps du malade jusqu'à la hauteur où la plaque négative est placée, et son corps est constamment traversé, dans ce bain, par des courants interrompus dont la direction est ascendante. Couché dans son bain, il en a parfaitement conscience par les secousses qu'il reçoit et qu'il est possi-

ble de graduer à volonté suivant son impressionnabilité. Il suffit d'éloigner les parties du pôle ou de la plaque positive pour les diminuer, et de tirer le cylindre en cuivre de la bobine pour les augmenter. Une partie isolée du corps et un membre seul peuvent ainsi être électrisés séparément. Une personne bien portante en supporte les secousses sans en éprouver ensuite aucun phénomène appréciable; mais, si c'est un trembleur, il en éprouve d'abord un calme remarquable. Toutefois, le tremblement augmente le lendemain, et l'amélioration ne se manifeste que le surlendemain dans les spécimens d'écriture.

La durée de ces bains est d'une demi-heure, renouvelés tous les deux jours. La dose en est fixée par un rhéostat.

Employés d'abord contre le tremblement mercuriel par le docteur C. Paul — qui en rapporte six observations concernant cinq hommes, ouvriers étameurs de glace, et une femme de quarante-cinq ans, ouvrière en peaux de lapins depuis trente-cinq ans et employant tous les jours le nitrate acide de mercure — ces bains galvaniques ont produit les meilleurs résultats. Dans ces six cas, le tremblement avait commencé par le bras et avait envahi la jambe chez quatre qui ne pouvaient plus se tenir debout, ni manger seuls, ni travailler.

Tous ces malades, qui avaient employé vainement des bains sulfureux, de l'iodure de potassium et des courants continus, ont été améliorés après cinq à huit bains ; la marche était facile après quinze à seize, et vingt à trente ont suffi à la guérison complète. Une seule rechute s'est manifestée chez la femme, qui a été guérie après quatorze bains : ce qui prouve bien leur action curative.

Le tremblement alcoolique, porté à ce degré extrême où les malades ne peuvent mettre le verre plein à leur bouche sans le renverser, a également été combattu avec succès chez plusieurs malades dont l'écriture était complètement illisible au début. Quatre à six bains ont suffi pour assurer leur main et leur permettre d'écrire très lisiblement, comme un spécimen le montre.

Une femme atteinte de sclérose en plaques disséminées et qui ne pouvait ni boire, ni manger, ni marcher seule, a été améliorée dès le premier bain. Au troisième, il n'y avait plus qu'un peu d'oscillation de la tête, et, en les conti-

nuant, elle a pu reprendre des occupations actives. Si la guérison n'a pas été complète, ce que l'on ne peut guère espérer, l'amélioration obtenue permet au moins d'essayer ce moyen dans d'autres cas.

Un boulanger de quarante-cinq ans avait une paralysie agitante si intense qu'elle pouvait servir de type de la maladie de Parkinson. Admis dans le service du docteur Mesnet à l'hôpital Saint-Antoine, ce malade avait essayé vainement l'iodure de potassium, les bains sulfureux, le bromure de camphre et de potassium, l'opium, la belladone, la fève de Calabar, le chloral et l'ergot de seigle. Soumis aux bains galvaniques, il manifesta une amélioration après cinq à six bains; le tremblement était diminué et la parole plus facile. Sa sortie de l'hôpital a seule empêché sa guérison complète.

Deux fillettes de quatorze à seize ans, atteintes de chorée rhumatismale, soumises à ces bains, en ont été guéries en un mois.

Un tremblement produit par une paraplégie incomplète durant depuis dix-neuf ans, chez un homme de trente-cinq, fut aussi soumis à l'usage de ces bains. Après dix-neuf, le malade pouvait marcher trois heures, faire 10 kilomètres sans fatigue et marquait au dynamomètre une force de 55 kilos de la main droite et de 50 de la gauche.

Ces bains ont également réussi contre le tremblement par irritation spinale, dont la crainte, la peur, les anxiétés et l'angoisse précordiale sont les principaux traits. Trois malades en ont éprouvé une amélioration sensible après six bains et se trouvaient presque calmes après douze.

Un mécanicien de quarante-huit ans, présentant des troubles d'ataxie locomotrice suite de paraplégie, fut pris d'un tremblement dans les membres inférieurs qui le faisait déjeter les jambes et frapper du talon en marchant. Il prit jusqu'à trois bains galvaniques par jour, et depuis il n'y a plus de tremblement. Le malade marche très bien sans aucun appui et frappe à peine du talon. La sensibilité à la résistance du sol a reparu à la plante des pieds et donne conscience des moindres aspérités. Après 118 bains, l'amélioration s'accentue, le malade marche librement et descend lestement les escaliers.

Ce n'est pas à dire que ces bains puissent être employés contre l'ataxie locomotrice progressive. Administrés à trois

de ces ataxiques, dont deux syphilitiques, ils produisaient une fatigue et un tel affaiblissement qu'il a fallu les cesser. Les douleurs fulgurantes en ont seules été améliorées.

C'est donc là un puissant moyen de secours et des plus faciles à employer. Il existe actuellement des bains galvaniques à l'hôpital Saint-Louis pour le traitement externe et à Lariboisière pour le traitement interne. D'autres établissements privés en sont aussi pourvus pour la clientèle de la ville; les médecins peuvent donc les prescrire dans les cas précités, en en surveillant avec soin les effets. (*Assoc. française*, août, et *Bull. de thér.*, septembre.)

BLENNORRHAGIE. La prolongation de l'écoulement chez la femme en particulier, alors que toute trace d'inflammation a disparu, serait due, d'après le docteur Skene, à la présence de deux petites glandes qu'il a découvertes dans l'urèthre. Il les prit d'abord pour des follicules muqueux hypertrophiés; mais, en les constatant dans plus de cent cas au même lieu et du même volume, leur nature glandulaire fut rendue évidente. Elles s'ouvrent parallèlement à la surface de la muqueuse de la partie inférieure de l'urèthre, à un huitième de pouce environ du méat. Une bougie n° 1 peut y pénétrer, et, quand la muqueuse de l'urèthre est saillante, leur ouverture est même visible à l'œil nu; dans l'état ordinaire, il faut écarter le méat pour apercevoir ces papillomes.

De là l'extrême importance pathologique de ces glandes dans la blennorrhagie de la femme. Leur orifice est rendu manifeste dans ce cas par le pus qui en sort et la rougeur environnante. (*Am. journ. of obstetrics*, avril.)

Une nouvelle doctrine étiologique et thérapeutique de cette maladie vient d'être promulguée avec éclat en Angleterre par le docteur Watson Cheyne; son mémoire sur ce sujet a remporté le prix Boylston. L'extrême contagiosité de la gonorrhée, son incubation marquée et l'origine limitée de l'inflammation lui font admettre une origine parasitique et des cultures expérimentales lui ont révélé de nombreux organismes dans le pus. Il admet aussi que quelques-uns de ces organismes spécifiques qui résistent aux tissus vivants, étant admis dans l'urèthre, irritent et affai-

blissent la muqueuse en se développant, se multipliant, et finissent par la perforer, la pénétrer.

De là un nouveau mode de traitement topique par l'introduction de bougies, dont voici la formule :

℞	Iodoforme	325 milligr.
	Huile d'eucalyptus	10 gouttes.
	Beurre de cacao	Q. S.

Pour une bougie de 2 grammes et demi environ, ayant le diamètre d'une sonde nº 9 ou 10 et de longueur différente.

Ce topique a une action destructive sur les organismes, bien plus efficace que les injections, sans irriter la muqueuse enflammée. Le malade, ayant préalablement vidé sa vessie pour nettoyer le canal de l'urèthre, introduit sa bougie, enduite d'huile d'eucalyptus, jusqu'à 4 à 6 pouces de profondeur en fermant ensuite le méat. Et, se tenant couché sur le dos, il reste ainsi quatre à cinq heures sans uriner. Le soir ou le lendemain, l'élément spécifique de la maladie ayant été éliminé, des injections antiseptiques sont faites toutes les quatre à cinq heures, avec une solution saturée d'acide borique ou une émulsion d'eucalyptus. Et ce n'est que trois ou quatre jours après, quand l'écoulement s'est entièrement modifié, qu'une injection de sulfate de zinc à 10 centigrammes pour 30 grammes d'eau doit être faite et renouvelée au besoin jusqu'à la cessation complète de l'écoulement.

Employé dans quarante cas environ, ce traitement a donné les meilleurs résultats. L'écoulement purulent ne dure qu'un à deux jours et diminue, en devenant simplement muqueux, en quatre à cinq jours pour cesser en huit à dix. Les douleurs brûlantes et l'inflammation disparaissent en trente-six à quarante-huit heures et la gonorrhée virulente se change rapidement en une simple uréthrite. (*Boston med. and surg. journ.*, octobre, nº 15.)

Si efficace que soit ce nouveau traitement, on doit reconnaître qu'il est inapplicable dans beaucoup de cas. L'introduction d'une bougie molle dans l'urèthre n'est pas si facile, et il est à craindre qu'elle n'échoue chez plusieurs malades, d'autant plus que l'auteur recommande de la renouveler dans les cas graves, aussitôt après la miction. Les injections

subséquentes ne contribueront pas davantage à vulgariser cette méthode.

Le microbe du pus blennorrhagique. Thèse inaugurale, par le docteur F. Weiss ; Nancy, n° 119. Après l'historique des recherches à ce sujet faites par Jansseaume en 1862, Hallier et Salisbury en 1873, et Neisser en 1879, l'auteur relate ses nombreuses expériences pour reconnaître le microparasite, qu'il décrit sans l'avoir entretenu par la culture ni expérimenté par l'inoculation.

Permanganate de potasse. Employé en injections, à la dose de 10 centigrammes pour 100 grammes d'eau, ce sel a donné au docteur Bourgeois des succès très remarquables dans un service spécial de militaires. Deux à trois injections par jour suffisent, suivant la tolérance du canal et l'abondance de l'écoulement. Mais, dans la blennorrhagie aiguë comme dans la goutte militaire, ces injections ne sont efficaces qu'en y adjoignant l'usage des grands bains, du régime, la continence et l'emploi d'anaphrodisiaques s'ils sont nécessaires.

Sur 26 cas de blennorrhagie aiguë simple, la guérison a été absolue et sans récidive dans une moyenne de quinze jours, sur des militaires de tous grades. Une seule rechute eut lieu pour une cause inconnue ou inavouée. La guérison fut moins rapide dans cinq cas avec complications.

69 blennorrhagies chroniques, dont 64 avec écoulement indolore, soit 24 de goutte militaire et 2 cas compliqués d'orchite, ont toutes guéri dans un espace de trois semaines à un mois. Cinq malades seulement, dont les occupations ou l'impatience ont fait négliger le traitement, ont dépassé ce terme. Mais, chez tous, la guérison a été obtenue et persistante.

Ce traitement serait donc supérieur à tous les autres, surtout en diminuant la dose du sel dans les blennorrhagies chroniques, indolores, comme dans la goutte militaire. L'emploi de l'hydrothérapie, des bains de mer est surtout un adjuvant efficace pour guérir plus sûrement, chez l'homme comme chez la femme. (*Bull. de thérap.*, novembre et décembre 1879.)

Injections de chloral. Le docteur Pasqua donne la formule suivante d'une injection qu'il a employée plusieurs fois avec succès dans la blennorrhagie aiguë :

Hydrate de chloral.....	1 gr. 50
Eau de roses.....	120

Deux injections par jour lui ont paru suffisantes. Elles produisent d'abord une légère cuisson, une sensation de picotement que remplace rapidement, en deux ou trois minutes, un sentiment d'agréable fraîcheur.

A partir du troisième ou quatrième jour, les envies d'uriner sont moins fréquentes et moins douloureuses; l'écoulement, tout en diminuant, devient plus clair et limpide. (*Bull. de thér.*) Voy. OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE.

BROMURE D'ÉTHYLE. Voy. ANESTHÉSIE.

BRONCHITE FÉTIDE. *Inhalations médicamenteuses.* Pour donner une action plus énergique et persistante aux inhalations d'essence de térébenthine ou d'eau phéniquée, le docteur Curschmann emploie un nouveau procédé. Un masque de la forme et du volume de celui de Waldenburg porte une ouverture de 6 centimètres de diamètre pourvue d'un treillis en fils métalliques. Au-dessus est adaptée une capsule saillante de 1 centimètre et demi et recouverte d'un grillage semblable. On y place une éponge que l'on imbibera dans la solution médicamenteuse à respirer. Afin que le masque s'adapte mieux sur la face, ses bords sont pourvus d'un tube de caoutchouc. De cette façon, le courant d'air ne peut arriver à la bouche sans avoir traversé l'éponge imbibée des liquides précédents. Il n'y a jamais eu le moindre accident à la suite des inhalations de térébenthine, mais l'acide phénique en solution alcoolique provoque facilement la toux. Dans les cas graves, on le donne concentré et rendu plus fluide par une légère ébullition. Le thymol, sous cette forme, n'exerce pas d'action irritante sur la muqueuse des fosses nasales; il est très utile dans la médecine des enfants. Pour la créosote, on doit surtout faire attention à sa pureté; son emploi est indiqué chez les malades qui ont des

hémoptysies; elle n'excite pas la toux et paraît, au contraire, avoir une action sédative.

Le masque est appliqué et enlevé plusieurs fois par jour, et la fétidité de l'expectoration, dans les dilatations bronchiques, est rapidement atténuée. En un jour ou trois, quatre au plus, les crachats ont perdu entièrement leur mauvaise odeur. On peut se dispenser alors de porter le masque pendant de longs intervalles. Les inhalations désinfectantes ont, en outre, l'avantage de faire diminuer ou disparaître la fièvre en détruisant les produits septiques qui sont accumulés dans les bronches; elles préviennent les altérations secondaires de la muqueuse et du parenchyme pulmonaire.

Depuis longtemps, Senator fait ses inhalations avec une petite boîte à double fond où se placent de la ouate ou une éponge imbibée de la solution phéniquée. Mais Israël n'admet cette méthode que dans les bronchites fétides simples, car lorsqu'il existe des cavités considérables, produites par les dilatations, l'air n'y circule plus régulièrement et il est impossible de réagir par ces inhalations sur le contenu. Il n'hésite pas à injecter, avec une seringue à longue aiguille, une solution phéniquée dans ces cavités. Il est arrivé progressivement jusqu'à 40 grammes chez une fille de dix-huit ans, atteinte de sclérose pulmonaire. L'expectoration diminua avec la fétidité, mais une affection intercurrente du genou ne permit pas de continuer ce traitement.

Il y a nécessité et utilité, selon lui, de drainer et de nettoyer les cavités superficielles du poumon. On pourrait même établir sans inconvénient des adhérences entre les feuillets de la plèvre comme entre ceux du péritoine. Mais, Curschmann n'admet un pareil procédé que pour les cavités sans communication avec l'extérieur. L'introduction du liquide, dit-il, destiné aux lavages dans une extrémité bronchique dilatée, produirait des accès de toux épouvantables. (*Soc. de méd. de Berlin* et *Wiener med. Press.*)

BRONCHO-PNEUMONIE. Intermédiaire bâtard ou plutôt forme mixte de deux maladies franches et bien connues, mais dont l'ensemble symptomatique et anatomique est tout différent, bien que l'étiologie soit uniforme. Etudiée d'abord chez l'enfant, elle semblait lui être spéciale, et ce

n'est que par son observation consécutive chez l'adulte et le vieillard que l'on en fait un type morbide distinct sous ce nom nouveau. En voici le tableau clinique, d'après le professeur Lasègue.

Dans le type franc, la maladie commence par le coryza, avec fièvre modérée, comme dans la grippe; le malade tousse et expectore quelques crachats visqueux et filants, caractéristiques d'une bronchite humide au début et qui, dès le troisième jour, se trouve confirmée à l'auscultation par des râles également humides, disséminés à droite et à gauche de la poitrine. En même temps, la langue présente un caractère muqueux, il y a de l'anorexie; mais le malade n'est pas autrement indisposé et se borne à rester chez lui, à garder la chambre. Puis, deux ou trois jours plus tard, la fièvre augmente, les râles sont plus nombreux, l'oppression se montre vive et disproportionnée, avec les signes stéthoscopiques qui sont encore les mêmes qu'au début, la toux est quinteuse, l'expectoration diminue; puis la fièvre augmente encore peu à peu, le malade étouffe davantage.

Ce n'est pas une aggravation de la maladie, mais la modification des phénomènes généraux qui s'accomplit du septième au huitième jour. Sur 100 malades, 99 passent ainsi doucement à la pneumonie précédée dans son évolution par la bronchite. La poitrine étant prise en totalité jusque-là à droite et à gauche, sans aucun foyer spécial, aucun diagnostic n'est possible. La disparité entre les deux côtés ne s'observe qu'à cette époque. Tandis que l'un révèle des signes de pneumonie, l'autre ne présente que des râles. Toute bronchite unilatérale a derrière elle une pneumonie ou parfois une pleurésie; mais, celle-ci précédant beaucoup plus souvent la bronchite qu'elle ne lui succède, il n'y a pas lieu de s'en occuper ici.

L'un des côtés de la poitrine se trouvant ainsi pris, on a la certitude que c'est une broncho-pneumonie, caractérisée par la formation lente, mais continue, d'un foyer, notamment dans la partie postérieure du poumon, où les râles présentent une réelle exagération d'étendue.

Au contraire, ces râles sont très peu nombreux dans le reste de la poitrine, et la bronchite diminue par l'apparition de la pneumonie, comme la diarrhée, par exemple, diminuerait également par cette même affection; en un

mot, comme tout autre état pathologique des muqueuses. C'est une loi, en effet, des maladies muqueuses de s'éteindre en présence d'une affection inflammatoire.

L'auscultation rencontre le plus généralement le foyer dans la fosse sous-épineuse, occupant une surface de 8 à 10 centimètres au plus, c'est-à-dire dans un milieu reconnaissable à un petit nombre de signes pathognomoniques. Ce sont des râles complexes, une sorte de souffle, qui n'est pas celui de la pneumonie franche, mais mélangée de râles muqueux, qu'il faut savoir décomposer pour y retrouver un véritable souffle pneumonique. En effet, tandis que les râles muqueux semblent provenir d'une certaine distance, le souffle, au contraire, paraît plus voisin de l'oreille; il faut donc chercher à reconnaître par l'ouïe la distance à laquelle se passent ces divers bruits, pour distinguer les faits accessoires des faits principaux.

Un autre phénomène des râles, c'est de se mettre de niveau au lieu de se disséminer, de s'étendre partout; ils présentent une certaine analogie avec ce qui se passe dans la caverne d'un tuberculeux, où l'on entend du gargouillement à bulles inégales qui ne s'accumulent pas dans les mêmes proportions. Ce sont des bruits déformés et inégaux qui simulent du gargouillement.

A l'inégalité de ces râles humides se joint une expectoration plus visqueuse qu'au début, expectoration présentant à la fois les caractères de la bronchite et de la pneumonie, un peu semblable à celle du caractère chronique. Parfois elle est sanguinolente; d'autres fois il semble qu'elle franchisse les deux premières périodes de la pneumonie, pour se montrer d'emblée avec les caractères de la troisième période.

Le foyer principal se déplace souvent, tout en ayant un centre, un point lobulaire fixe, autour duquel d'autres foyers évolueraient; par suite, on constate le déplacement du souffle en rapport avec le déplacement du foyer.

Ces accidents durent généralement de quinze jours à trois semaines, et la maladie se termine soit par la guérison, soit par la mort, soit enfin en se transformant en une autre affection.

Lorsque la broncho-pneumonie doit se terminer par la guérison, il se fait une nouvelle poussée de bronchite,

comme si celle-ci avait été momentanément enrayée par la pneumonie; mais cette bronchite est plus sèche que la première, la fièvre a diminué considérablement, et la maladie est terminée, en ce sens que la pneumonie est vaincue, que tout souffle a disparu. Encore quelques jours, et les râles reparus seront l'humiliation de la pneumonie, tandis que le souffle était son triomphe.

Mais tous les cas ne se terminent pas aussi heureusement; le foyer signalé persiste après la disparition de la pneumonie pendant plusieurs mois avec les bruits qui le caractérisent, et la maladie se transforme en une affection tuberculeuse.

C'est là une seconde forme de la broncho-pneumonie.

Le malade n'est pas atteint subitement ici d'une bronchite aiguë, mais depuis longtemps il tousse fréquemment; il eut autrefois une bronchite sèche, plus tard une autre bronchite, cette fois humide, et à marche chronique. Depuis lors il a son rhume, comme il l'appelle, son catarrhe; et, lorsqu'enfin la maladie se déclare cette fois, il se plaint seulement de s'être refroidi, sans en savoir l'origine. On aperçoit alors les crachats un peu visqueux de la pneumonie. Celle-ci peut rester pour ainsi dire latente pendant plusieurs jours et guérir sans présenter d'autres phénomènes que ceux de la bronchite ordinaire.

Chez d'autres malades, la pneumonie est torpide et apparaît à diverses époques de leur existence; il en est qui ont eu jusqu'à vingt, trente et même quarante atteintes pendant leur vie, voire même quelquefois deux dans le cours d'une seule et même année, jusqu'au moment où, la pneumonie prenant le dessus, le malade succombe.

On voit par là combien le pronostic, en pareils cas, est difficile.

Il existe encore une autre forme de broncho-pneumonie, mais plus exceptionnelle. Un individu a pris une bronchite aiguë humide, il s'en inquiète tout d'abord, il observe quelques précautions d'hygiène et reste chez lui; bientôt il expectore et considère que sa poitrine se débarrasse. Ainsi, en contemplation de ses crachats, il croit sa guérison prochaine, lorsque tout à coup il s'aperçoit que ceux-ci contiennent du sang, il s'inquiète, se croit perdu et tombe dans une sorte de collapsus moral; ce qui est un peu justifié,

car nul ne crache du sang avec plaisir, ne s'agirait-il même que de quelques gouttes. Puis les crachats continuent à être sanguinolents, et vous trouvez votre malade dans les conditions d'une pseudo-broncho-pneumonie.

Dès le premier jour, on ne trouve rien à l'auscultation, il est bien difficile de diagnostiquer un foyer hémorrhagique, et, si porté que l'on soit à soupçonner une pneumonie, on ne saurait l'affirmer. Il faut interroger l'état fébrile, et ce n'est guère que trois ou quatre jours plus tard que la broncho-pneumonie se dessine par un foyer beaucoup plus restreint que dans la première forme, avec des râles plus âpres également, plus secs, moins glaireux, accompagnés d'un souffle plus intense. Cette forme de la broncho-pneumonie détermine facilement et directement la mort au bout de quinze ou vingt jours, sans qu'il soit survenu aucune complication et sans aucun état diathésique appréciable. La transformation tuberculeuse peut seulement se déduire de la persistance de la fièvre, alors que tous les autres symptômes ont diminué notablement, et que le malade est en apparence entré dans une convalescence qui se prolonge indéfiniment. C'est la phthisie qui couve. Par contre, si les symptômes généraux et locaux cessent peu à peu et que la fièvre tombe complètement, il n'y a aucune crainte à avoir d'une transformation tuberculeuse de la broncho-pneumonie. (*Revue méd.*)

Des différentes formes de la broncho-pneumonie. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par A. Joffroy, médecin des hôpitaux, etc. 1 vol. in-8°, avec 13 figures dans le texte. Paris. C'est ici une étude anatomo-pathologique surtout, faite sur le cadavre et complétant le tableau clinique précédent, fait au lit du malade. Ces lésions sont essentiellement variées, changeantes. L'inflammation des bronches, les dilatations bronchiques, les granulations purulentes en grains jaunes, les vacuoles pulmonaires, les noyaux broncho-pneumoniques, les abcès péri-bronchiques, l'atélectasie, la splénisation, la congestion, les hémorrhagies parenchymateuses et sous-pleurales, les altérations pleurales consécutives aux noyaux superficiels, les lésions inflammatoires des canaux et des ganglions lymphatiques, tout se retrouve ici, même l'emphysème, et est décrit.

Et comme la bronchite est la lésion primitive, puisqu'il n'y a pas de broncho-pneumonie sans elle, c'est sous l'influence directe de cette inflammation phlegmoneuse que l'on voit toutes les autres se développer successivement avec le même cachet. Abcès, dilatation, vacuoles, nodules péri-bronchiques ont tous le même caractère de suppuration.

La splénisation et l'atélectasie, qui en sont la conséquence, n'ont au contraire jamais de tendance à suppurer, d'après l'auteur. L'oblitération est leur fait. C'est là une théorie nouvelle et systématique, fondée sur l'histologie et appuyée sur quelques expériences dont on trouvera l'exposition.

A ce point de vue anatomique, M. Joffroy distingue quatre formes aiguës de la broncho-pneumonie : la *splénopneumonie*, la *broncho-pneumonie à noyaux disséminés*, la *broncho-pneumonie à noyaux confluents*, et la *bronchite capillaire*. Il reste à étudier si elles ne se confondent pas le plus souvent dans le même cas et si la prédominance de l'une et de l'autre n'en est pas le seul caractère différentiel.

BRUIT DE MOULIN. Ce signe stéthoscopique, sur lequel Morel-Lavallée insista le premier en 1864 pour en faire un signe de rupture ou de déchirure du péricarde (Voy. PÉRICARDE, 1864), a reçu une nouvelle interprétation. Il ne serait plus que l'effet d'un épanchement d'air et de liquide en contact médiat ou immédiat avec le cœur, c'est-à-dire intra ou extra-péricardique ; celui-ci ayant lieu par l'espace vide situé entre la plèvre, le péricarde et la paroi thoracique, appelé cavité *pneumo-péricardique* par M. Tillaux dans son *Traité d'anatomie topographique*. Que par un accident, un traumatisme quelconque, l'aponévrose intercostale soit ouverte avec le tissu cellulaire environnant, et il suffira que le sang décolle la plèvre pour s'infiltrer et s'accumuler dans cette cavité, en rapport immédiat avec le péricarde. Plusieurs observations de coups de feu ou de poignard, de fractures de côtes ou d'autres traumatismes directs, ainsi que des expériences sur le cadavre et les animaux, tendent à confirmer cette nouvelle interprétation.

Ce bruit peut donc exister avec ou sans lésion du péricarde, d'après le docteur Reynier. Il se retrouve dans les

épanchements intra-péricardiques purulents, comme dans ceux qui se font par une fistule péricardique. Mais il est modifié dans son timbre suivant la quantité de l'épanchement et sa composition, la position du malade et la date de la maladie. De là toutes les variétés observées et souvent dissidentes en apparence. Ils ont tous un caractère commun, dépendant des mouvements du cœur seuls, car ils persistent en suspendant la respiration. (*Arch. de méd.*, avril et mai.)

Recherches cliniques et expérimentales sur le bruit de moulin, symptôme d'épanchement intra et extra-péricardique, dans les traumatismes de la poitrine. Thèse inaugurale, par le docteur Reynier, prosecteur à la Faculté de médecine (Paris, 1879). Malgré son importance et les recherches historiques, cliniques et expérimentales qu'elle comporte, cette thèse est loin d'être concluante. La diffusion des détails et la diversité des faits y sont exposées si confusément que l'on ne peut mieux en saisir l'ensemble qu'il ne semble avoir été compris de l'auteur. On le rendrait facilement plus précis en enlevant tous les *je* et les *nous* dont il est surchargé et embrouillé.

BRULURES. *Essence de térébenthine.* Chargé du service médical d'une fonderie où les brûlures sont fréquentes, le docteur Jobard de Vassy, en employant le pansement anesthésique avec le bicarbonate de soude dans des brûlures légères, a remarqué qu'il était très douloureux. Une fois entre autres, dans une brûlure du cou-de-pied, le malade était en proie à des douleurs si vives qu'il arracha le pansement après son départ. Voici celui qu'il lui a substitué :

Après avoir coupé circulairement les phlyctènes, lorsqu'elles existent, badigeonner la brûlure avec l'essence de térébenthine et la couvrir de baudruche gommée sur laquelle une bande roulée exercera une légère constriction. Ce pansement restera une semaine en place et, dans les brûlures superficielles, n'aura généralement pas besoin d'être renouvelé. Dans le cas de suppuration, le pus soulevant la baudruche, couper cette pseudo-phlyctène et, après avoir fait écouler le pus, badigeonner à nouveau avec l'essence de térébenthine la partie mise à nu, qui sera ensuite recou-

verte de toile gommée ; recommencer ainsi tant que la cicatrisation n'aura pas été obtenue.

Voilà le pansement dans toute sa simplicité. Outre qu'il n'est pas dispendieux, considération importante lorsqu'il s'agit d'ouvriers peu fortunés, il amène la guérison des brûlures plus rapidement que d'autres.

Son efficacité s'explique par l'association de l'essence de térébenthine et de la baudruche gommée, qui ont l'une et l'autre un mode d'action particulier.

D'une part, l'essence de térébenthine est hémostatique et antiseptique; elle active la cicatrisation de la brûlure et en modifie la suppuration, qu'elle finit par supprimer; de plus, son application est presque indolore, avantage à considérer dans le traitement d'une plaie aussi douloureuse.

D'autre part, la baudruche gommée agit comme moyen occlusif et compressif. Elle forme un épiderme factice qui met la plaie à l'abri de l'air extérieur, c'est-à-dire dans de bonnes conditions pour guérir; en outre, par la compression qu'elle exerce, elle prévient l'inflammation consécutive à la brûlure ou tout au moins en diminue l'intensité. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

C

CADAVRES. *Alcaloïdes de la putréfaction.* Il se forme au sein des cadavres certaines substances alcalines nommées *ptomaïnes* par le professeur F. Selmi, de Bologne, qui en a fait la découverte. C'est probablement l'analogue de la sepsine, extraite par les Allemands des produits septiques des plaies sur le vivant. MM. Brouardel et Boutmy en ont constaté la présence dans les viscères d'individus morts en dehors de tout empoisonnement comme chez ceux qui avaient été empoisonnés. La constatation de l'alcaloïde végétal est ain rendue d'autant plus difficile. Les organes d'un asphyxi par l'oxyde de carbone, exempts de poison quelques heures après la mort, contiennent, huit jours après, une base organique solide présentant les caractère généraux des alcaloïdes et capables de tuer à petite dose les grenouilles et les cobayes. Des empoisonnés par l'acide arsé-

nieux ont de même offert des ptomaïnes, malgré les propriétés antiseptiques de l'arsenic.

Ces alcaloïdes ne sont pas toujours similaires; ils présentent une différence complète d'ordre chimique et physiologique. Les uns sont des poisons violents et d'autres ne le sont pas. Le même alcaloïde toxique ou non peut se retrouver dans les cadavres d'individus morts dans des conditions absolument différentes. La même ptomaïne s'est rencontrée chez deux empoisonnés, le premier par l'oxyde de carbone, le second par l'acide prussique.

Ces agents toxiques sont fixes et souvent volatils. Une ptomaïne analogue à la vératrine a été rencontrée dans le corps d'un noyé resté dix-huit mois dans la Seine, et une autre a été trouvée dans une oie cuite. La réaction des poisons n'aura plus ainsi la même valeur, en médecine légale, après la putréfaction des corps. (*Assoc. française*, septembre.)

De la ptomaïne et de sa signification pour la chimie juridique et la toxicologie, par le professeur Th. Husemann. La formation de ces divers alcaloïdes dans les cadavres est évidemment analogue à celle qui doit résulter de la putréfaction des viandes conservées, crues ou fumées, dont on fait un si grand usage en Allemagne surtout et dont la consommation a déterminé tant d'empoisonnements. De là les nombreuses recherches faites sur ce sujet et les expériences tentées sur les animaux pour contrôler l'action toxique de ces divers alcaloïdes de la putréfaction.

CALCULS. *Benzoate de lithium et borocitrate de magnésium.* Ce dernier sel a été recommandé par A. Becker comme un dissolvant par excellence des calculs urinaires, et il l'a reconnu très efficace chez les personnes atteintes de graviers néphrétiques ou de calculs rénaux. On le comprendra, en sachant que le *ludus Paracelsi*, employé par Paracelse dans le traitement de la gravelle, dont les succès l'ont rendu si célèbre, était un mélange de boracite de Stassfurt et de sel ammoniac, c'est-à-dire une préparation analogue. L'alkaert, servant au fameux alchimiste à dissoudre la boracite, était le chlorhydrate d'ammoniaque, que les chimistes modernes remplacent par l'acide nitrique.

Lors de l'introduction du benzoate de lithium dans la médecine pratique, M. Madsen, le premier, mit ce sel sous les yeux des médecins danois; et il leur présenta, l'été dernier, le borocitrate de magnésium préparé d'après la formule suivante :

Carbonate de magnésie	1
Acide citrique	2
Borate de soude	2
Eau bouillante	3

Dissolvez l'acide citrique, et ajoutez à la solution le carbonate de magnésie et le borate de soude. La liqueur, évaporée sur des plaques de verre, fournit un sel en lamelles, qui est en réalité du borocitrate de magnésie et de soude.

Des expériences faites avec ces deux sels ont donné les résultats suivants.

Un calcul d'acide urique, presque pur, fut pulvérisé. 169 milligrammes furent mis dans 10 centimètres cubes d'une solution de borocitrate de magnésium à 20 pour 100 de sel pendant six heures, à une température de 38 degrés centigrades. Après le refroidissement, le résidu, lavé et desséché, ne pesait plus que 49 milligrammes. Le calcul avait donc perdu 71,005 pour 100 de son poids.

308 milligrammes de la même poudre furent mis pendant six heures à l'action dissolvante d'une solution de benzoate de lithium, contenant 20 pour 100 de ce sel. Le résidu, lavé et desséché, ne pesait plus que 208 milligrammes; le calcul avait donc perdu 32,5 pour 100 de son poids.

Un second calcul d'acide urique, contenant des traces de chaux et de matières colorantes, fut également pulvérisé. 139 milligrammes de cette poudre perdirent 57,55 pour 100 dans une solution de borocitrate de magnésium à 20 pour 100.

A la même température, 210 milligrammes de cette poudre, placés dans 10 centimètres cubes d'une solution à 20 pour 100 de benzoate de lithium donnèrent un résidu, lavé et séché, ayant perdu 20,95 pour 100 du poids primitif.

L'action comparée de l'eau distillée sur chacun de ces calculs a montré que la poudre du premier (153 milligrammes), mise pendant six heures dans 10 centimètres cubes, à la température de 38 degrés, perdit 9,8 pour 100 seulement de son poids. Celle du second perdit 6,15 pour 100 dans les mêmes conditions.

Deux calculs semblables ont été placés entiers dans des verres suspendus dans de l'eau à 38° et remplis d'une solution de 12 grammes de borocitrate de magnésium à 20 pour 100, le premier jour, et à 5 pour 100 seulement les jours suivants. Voici les résultats constatés :

	Premier calcul.		Second calcul.	
Poids primitif le 9 octobre.....	0 gr.	1895	0 gr.	166
Après 63 heures de solution, le 17 octobre.....	0	1750	0	149
Après 39 heures et demie de solution, le 23 octobre.....	0	1675	0	145
Le 30 octobre après 89 heures et demie de solution.....	0	1250	0	125

C'est donc une diminution de 33 pour 100 dans le poids du premier calcul, soit le tiers, et du quart environ dans le second. Tous deux étaient alors en désagrégation et se réduisaient en poussière à la moindre pression du doigt. Mais comment obtenir ces effets dans l'organisme? et encore ne suffirait-il pas du moindre noyau pour que, le traitement cessant, il ne reprît aussitôt un nouvel accroissement, les urines restant les mêmes et charriant toujours des graviers? (*Bull. de thérap.*, janvier.)

Lithophone diagnostique. Cet instrument, dû au docteur Langlebert, se compose d'un petit tambour cylindrico-conique en carton à lisser ou carton d'orties, pouvant se fixer à frottement sur l'extrémité d'une sonde exploratrice à manche cannelé.

Tel est le pouvoir résonnant de cet appareil, que le choc le plus petit, un frôlement insensible du bec de la sonde sur une pierre dans la vessie, viennent aussitôt, en se multipliant, retentir dans le tambour, où ils semblent se produire.

Sous ce dernier rapport, l'illusion est complète, la vessie

se trouve, pour ainsi dire, amenée sous l'oreille du chirurgien.

Il est inutile d'insister pour faire comprendre de quelle utilité peut être le lithophone pour la recherche des calculs vésicaux et aussi de leurs derniers fragments après une opération de lithotritie. (Voy. OBSTRUCTION INTESTINALE.)

Calculs rénaux. *Ponction exploratrice.* L'emploi fréquent de la néphrectomie, en obligeant le chirurgien à un diagnostic plus précis des maladies du rein, a incité M. Barker, professeur de clinique chirurgicale au Collège de l'Université, à employer un nouveau moyen à cet effet. C'était chez une femme portant une tumeur rénale depuis trois à quatre mois seulement, peu volumineuse, mobile et noueuse, très dure et douloureuse à la palpation. Urines purulentes, absence de sang.

Le diagnostic de plusieurs collègues variait entre une tumeur simple, une infiltration tuberculeuse ou un calcul. Pour l'élucider, M Barker anesthésia la malade le 21 février, pour mieux établir le siège rénal de la tumeur, et, l'ayant affirmé, il plongea une longue et fine aiguille aspiratrice au milieu de l'espace latéral, entre la crête iliaque et la dernière côte, en dirigeant la pointe vers la surface abdominale de la colonne vertébrale et un peu au-dessus. En même temps, la tumeur était poussée en arrière vers l'aiguille par la main, placée sur l'abdomen. Le vide ayant été préalablement fait, l'aiguille pénétra dans la tumeur, à deux pouces de profondeur environ de la surface cutanée, et toucha manifestement un calcul dont le frottement, senti par la main, s'entendait très clairement. 8 grammes de pus épais, jaunâtre et inodore s'écoulèrent ensuite. Le diagnostic était donc précisé, et il ne s'agissait plus que d'extirper le calcul par la néphrectomie; mais la malade se refusa à l'opération et préféra sortir de l'hôpital. Cette exploration, loin de déterminer des accidents, amena un soulagement marqué. La douleur fut moindre, et la température baissa. L'urine ne fut même pas sanguinolente. C'est donc là un nouveau moyen de diagnostic sans nocuité. (*Lancet*, 17 avril, n° 16.)

Calculs biliaires. *Cholécystotomie.* La pratique chaque jour croissante de la gastrotomie à l'aide du nuage phé-

niqué vient d'obtenir un nouveau succès pour l'extraction des calculs de la vésicule biliaire. L'idée de cette opération hardie, formulée explicitement par J.-L. Petit dès 1743, dans un mémoire à ce sujet, était attribuée en Angleterre à Handfield Jones, depuis que M. Marion Sims l'exécuta le premier sans succès. Mais M. Hulke a rétabli la priorité du chirurgien français, et la nouvelle application que vient d'en faire M. Lawson Tait a ainsi un double intérêt pour être publiée ici.

Une femme mariée depuis dix-huit ans, et mère de six enfants, fut prise de douleurs spasmodiques du côté droit, surtout en marchant et en portant des fardeaux. Un gonflement, perçu dès 1878, augmenta lentement avec des douleurs de plus en plus intenses. En 1879, elle avait une apparence cachectique avec céphalalgie, nausées et constipation opiniâtre. Une tumeur ferme et élastique, sans fluctuation, douloureuse au toucher et mobile, existait dans la région rénale droite. Urines négatives. Une consultation, sans établir un diagnostic précis, décida d'ouvrir l'abdomen. Une incision de quatre pouces sur la ligne médiane du ventre fut pratiquée antiseptiquement le 23 août. On trouva la tumeur formée par la distension de la vésicule biliaire, remplie d'un liquide graisseux blanchâtre, avec deux calculs assez volumineux, l'un isolé et l'autre arrêté à l'entrée du canal cystique et adhérent à la muqueuse. Une opération laborieuse et délicate fut indispensable à son énucléation, et son poids total, adhérences comprises, était de 6 gr. 11. Les bords de l'ouverture faite à la vésicule furent suturés séparément à la paroi abdominale correspondante, et, celle-ci laissée ainsi ouverte — *quite open ;* le reste de la plaie étant fermé comme d'habitude.

L'opérée reprit connaissance en quelques heures, et le bandage était imprégné dès le lendemain d'une bile normale dont l'écoulement persista jusqu'au 3 septembre. La plaie était complètement fermée le 9, et dès lors l'opérée, qui n'avait pris que du lait et du thé de bœuf, commença à prendre des aliments solides, qui lui réussirent parfaitement. Complètement guérie, elle retourna chez elle à la fin de septembre. (*Royal med. chir. Society*, 11 novembre.)

Ce fait a une grande analogie avec celui qui suggéra l'idée de cette opération à J.-L. Petit. Le calcul était logé

dans le canal cystique, et, dans ces cas, la vésicule se convertit en un kyste muqueux qui se remplit de la sécrétion de la séreuse en formant une véritable hydropisie, comme plusieurs spécimens démonstratifs en ont été présentés à la *Pathological Society*. La vésicule n'est pas distendue alors par la bile.

La potasse caustique pourrait remplacer avec avantage le bistouri dans cette opération, suivant M. Spencer Wells, d'autant plus que, dans le cas de Sims et un autre de Keene, de Philadelphie, l'incision de la paroi abdominale donna lieu à une hémorrhagie abondante. Il n'y en eut pas heureusement dans celui-ci, et, comme l'extraction des calculs serait beaucoup plus longue et plus difficile, l'auteur est d'avis de donner la préférence à l'incision sous le nuage phéniqué. (*Lancet*, 15 novembre.)

Dissolution. C'est à l'occasion de ces triomphes de la chirurgie, vantés à la Société de gynécologie de Baltimore, que le docteur Buckler, protestant vivement contre cet empiètement de la chirurgie, portant son couteau jusque dans la vésicule du fiel, s'est efforcé de démontrer que les calculs biliaires peuvent être dissous dans cette vésicule aussi facilement que dans un verre d'eau. Il s'agit de l'usage du chloroforme, vanté depuis longtemps contre les coliques hépatiques. A la dose de 5 à 6 gouttes toutes les quatre à six heures, il a été ensuite préconisé comme un moyen certain de dissoudre les calculs de la vésicule, quelque nombreux et gros qu'ils fussent. En 1867, le docteur Buckler a aussi conseillé l'usage du succinate de fer comme dissolvant les calculs hépatiques et la cholestérine, celle-ci existât-elle même dans le sang.

Cette préparation de fer contient plus d'oxygène naissant assimilable que tout autre agent thérapeutique connu. Ses décompositions et recompositions chimiques sont inoffensives, et, de toutes les préparations ferrugineuses, cet agent est un des plus efficaces contre la cachexie palustre, l'hypo-globulie et la dégénérescence des globules sanguins.

Je me suis servi, depuis trente ans, dit le docteur Buckler, de ce sel préparé sous forme de succinate hydraté de peroxyde de fer, $Fe^2H^2C^8H^4O^4 + 6HO$. Contenue en suspension

dans l'eau distillée, sous forme impalpable, cette préparation est stable, lorsqu'elle est bien faite.

D'après l'activité de l'oxygène, l'action de ce produit est facile à comprendre, en présence de la cholestérine et de la graisse cholestérique, qui ne contient que 1 1/2 p. 100 de cet agent omnivore. Dans les *Transactions de la Société médicale du Kentucky*, 1877, le docteur J.-A. Octerlony mentionne un certain nombre de cas de cholélithiase traités et guéris par le seul usage du succinate de fer. Dans les cas critiques et urgents de calculs hépatiques, où il n'y a souvent pas de temps à perdre, l'usage simultané du chloroforme et du succinate de fer de Stewart est préférable. Dans les trois derniers cas traités avec succès, ce mélange fut recommandé dès l'existence avérée du calcul hépatique. 10 gouttes de chloroforme toutes les quatre heures, avec une cuillerée à café de succinate une demi-heure après chaque repas, furent administrées.

Dans deux cas, les malades, de sexe différent, purent prendre une cuillerée à café de chloroforme toutes les six heures, sans aucun inconvénient. Ces doses massives produisirent la dissolution des calculs dans l'espace d'une semaine. Un de ces cas fut celui de Mme C..., intendante sur le navire *Scotia*, de la ligne Cunard, soignée par le docteur Bryce, chirurgien de ce bâtiment. Un *cancer du foie* avait été diagnostiqué par sept chirurgiens passagers. Un examen plus attentif révéla la présence d'une vésicule distendue, débordant la face inférieure du foie et s'appuyant contre le bord antérieur du lobe droit, remplie de calculs facilement appréciables à travers les parois décharnées de l'abdomen. Une tumeur limitée avec teinte ictérique de la région étant reconnue, après trois jours de l'arrivée du navire à Jersey, j'ordonnai à la malade de prendre, en débarquant, une cuillerée à café de succinate de fer après chaque repas. En revenant en Europe dix-huit mois après, sur le même bâtiment, je passai plusieurs jours sans reconnaître une grosse Irlandaise, à la face réjouie, au teint florissant de santé. C'était la femme amaigrie et presque cachectique que j'avais vue antérieurement, actuellement replète, fraîche et transformée. Ayant pris une cuillerée à café de chloroforme dans de l'eau sucrée toutes les six heures, pendant six jours, après son débarquement, sa

tumeur du foie avait disparu, et elle avait ensuite commencé l'usage du succinate ferreux, continué pendant plusieurs mois.

Ces cas sont rares, et, malgré les nombreux exemples de calculs biliaires observés, je n'en ai rencontré qu'un semblable chez la femme d'un pasteur de New-York. Tous ont été heureusement traités par le chloroforme, le meilleur dissolvant de ces calculs et qui calme souvent aussi les douleurs intolérables provoquées par leur séjour et leur migration. Tous ces malades ont été soumis ensuite au succinate de fer, pendant quatre à six mois consécutifs, pour agir contre la diathèse cholestérique et prévenir la formation d'autres calculs.

La seule exception fut une dame de vingt ans, du comté de Cecil (Maryland), où elle avait été traitée par trois médecins, déclarant *ex cathedra* que les douleurs éprouvées par la malade ne pouvaient venir de l'acheminement d'un calcul dans les voies biliaires, puisque leur expérience ne leur fournissait aucun exemple d'une affection pareille chez un sujet aussi jeune.

Contre mon avis, ils engagèrent la malade à se rendre à Philadelphie pour consulter un médecin célèbre par sa connaissance des maladies des femmes. Il émit une opinion conforme, en montrant au mari que, d'après Budd, les calculs biliaires ne se voient que chez les femmes d'un certain âge, et qu'il était impossible que sa femme, avec sa jeunesse, sa santé, sa beauté, pût souffrir d'une affection pareille. Il lui fallait de la distraction, des divertissements, l'Opéra tous les soirs. Elle s'y rendit plusieurs nuits de suite, et soupa après chacune de ces soirées. Le dernier souper fut celui du samedi. A deux heures du matin, le dimanche, elle fut prise de douleurs vives dans la région du foie, nausées, vomissements, et, après une maladie de huit jours, elle mourut. Le même jour, au matin, le mari, voulant connaître la cause de la mort, fit procéder à l'autopsie, qui révéla la présence d'un calcul solidement fixé dans l'infundibule de la vésicule du fiel. Une petite pierre est plus dangereuse qu'une grosse, par le fait de la possibilité d'un tel accident. Ce calcul me fut transmis par lettre ; il était de la grosseur d'une petite fraise des Alpes.

Pendant les neuf ans que je passai comme médecin de

l'hôpital de Baltimore, où il y a une moyenne d'un décès par jour, et où l'examen a lieu pour tous les cadavres, j'ai deux fois retiré de la vésicule du fiel des calculs de la grosseur d'un œuf de poule, qui, durant la vie des malades, n'avaient donné lieu à aucune plainte.

La plupart des malades ne pouvant ingérer que 10 à 15 gouttes de chloroforme toutes les quatre à six heures, il convient de l'administrer pendant quinze ou vingt jours de suite. Chez une malade qui n'en pouvait prendre que 4 gouttes toutes les six heures, le médicament fut continué pendant six semaines, avec des inhalations comme adjuvant.

Absorbé par l'estomac, le chloroforme passe nécessairement dans la circulation de la veine porte, dont le sang sert à élaborer la bile, et de là dans les acini de la glande hépatique. Charrié, avec la bile récemment formée, jusque dans la vésicule du fiel, il exerce son pouvoir dissolvant sur la cholestérine d'une manière tout aussi efficace que s'il agissait sur la même substance placée dans un verre à expérience. La cholestérine peut obstruer les acini du foie et les conduits hépatiques de petit calibre et produire la jaunisse. Dans ces cas, les symptômes de stase biliaire sont promptement amendés par l'usage du chloroforme. Le pouvoir dissolvant dont il jouit sur la cholestérine dans le corps humain démontre, jusqu'à l'évidence, qu'il n'y a point décomposition antérieure de ce produit en principes hydrocarbonés. On pourrait l'administrer sous forme de chloral ou de chloroforme naissant, ce dernier étant mis en liberté dès que le chloral entre en contact avec les alcalis du sang. Je ne l'ai jamais préconisé sous cette forme, préférant le chloroforme pur.

L'éther et la térébenthine ont été recommandés, il y a plus d'un demi-siècle, comme substances produisant la dissolution des calculs hépatiques ; mais leur usage a trompé mon attente, et, après une expérience de cinquante ans, l'efficacité de ces produits n'est rien moins que démontrée. La cause de ces insuccès est difficile à déterminer, puisque, hors du corps, la cholestérine n'est guère moins soluble dans l'éther que dans le chloroforme. La raison doit être dans la différence entre la gravité spécifique des deux corps, l'éther étant plus diffusible et surnageant dans l'eau, tandis que le chloroforme est plus lourd que l'eau.

Les eaux de Carlsbad ont notamment la réputation de guérir les malades atteints de calculs biliaires. C'est à tort, car j'ai vu et traité un Allemand pour des incrustations cholestériques de la vésicule du fiel, immédiatement après son retour de ces eaux. Elles ne peuvent être efficaces, puisqu'elles ne dissolvent par ces calculs. (*Boston med. and surg. journ.* et *Gazette hebd.*)

Cette boutade humoristique mettra-t-elle fin à l'extraction des calculs de la vésicule du fiel par le bistouri, comme l'auteur l'espère? Il n'y a pas de raisons d'y croire avec lui, car cette action dissolvante du chloroforme, connue depuis longtemps, n'a pas empêché de recourir à l'extraction suivie de succès. Nous en avons cité un cas l'année dernière, et ce n'est pas deux ou trois dont il faut tenir compte, car cette opération date de 1706, ainsi que nous l'avons déjà rappelé. (Voy. *année* 1879.)

Accès intermittents. Ils ont été la principale manifestation morbide et la cause de la mort, malgré l'expulsion antérieure de cent quarante-huit calculs et une gravelle biliaire abondante, dans un cas observé par le docteur J. Besnier. C'était chez un homme de cinquante-deux ans, dont le mal débuta par des douleurs gastralgiques revenant par accès, à la suite des repas, suivies de vomituritions et d'éructations acides, sans coliques hépatiques, ni néphrétiques, ni ictère, mais avec pesanteurs consécutives dans l'hypocondre droit. Pas de douleurs dans la région du foie ni de gonflement de cet organe. Le diagnostic de lithiase biliaire fit ainsi recourir aux purgatifs, aux alcalins, à l'exclusion du chloroforme, qui était surtout indiqué contre les accès douloureux. Aussi, malgré la térébenthine et les eaux alcalines, l'iodure de potassium, qui fit tomber l'embonpoint, le foie augmenta de volume en haut et en bas, sans relief de la vésicule ni douleur.

Quinze mois de ce traitement symptomatique n'avaient amené aucune amélioration; au contraire, tous les symptômes s'aggravaient en se localisant davantage vers le foie. A la pesanteur succéda une douleur sourde et profonde de l'hypocondre, avec irradiation du creux de l'estomac et comme si le foie était tortillé et traversé par une vrille. L'inappétence et les mauvaises digestions, jointes aux souf-

frances, amenèrent l'anémie, à laquelle on opposa l'hydrothérapie. Le foie croissait toujours, tout en conservant sa forme et sa consistance normales, et c'est ainsi que, la faiblesse et l'amaigrissement s'accentuant, on allait renvoyer le malade à la campagne, au mois de juin, lorsqu'un violent accès, avec frisson et claquement de dents, se déclare le 23 mai, à la suite d'un purgatif au calomel. Ces accès, comme pernicieux, se renouvellent de jour en jour, malgré le sulfate de quinine, et l'urée augmente graduellement jusqu'à 35 gr. 15 pour 1000 d'urine et 4 gr. 35 d'acide urique.

Appelé en consultation, le professeur Péter est frappé de l'anémie profonde du malade et de l'énorme volume du foie. On redouble le sulfate de quinine, et un vésicatoire est appliqué sur l'hypocondre, sans que l'on soupçonne la présence des calculs.

C'est seulement le 30 mai, sept jours après ces accès quotidiens, que, à la suite d'un nouveau purgatif au calomel, le malade rend, au milieu de selles verdâtres, un calcul mûriforme, sans facettes et gros comme une olive. Deux nouveaux calculs, gros comme des noisettes, mais à facettes, sont rendus le lendemain sans accès. Le 2 juin, une nouvelle prise de calomel ramène l'accès et l'évacuation de quinze calculs à facettes, et c'est alors, mais alors seulement, qu'un mélange de glycérine et de chloroforme est administré. Des calculs continuent à être évacués tous les jours, et le foie n'augmente plus. Mais ces accès répétés ont tué le malade, qui succombe le 8 juin, dans une de ces crises dont il avait tant souffert, avec douleur dans la région gastro-hépatique. L'autopsie ne put être faite. (*Arch. de méd.*, avril.)

On peut sans doute disserter longuement, comme l'auteur, pour montrer l'obscurité de ce cas remarquable; mais le court résumé de cette longue observation suffira à montrer que, en l'absence de coliques hépatiques et d'ictère, les douleurs de l'hypocondre et le gonflement du foie suffisent à l'indication du chloroforme comme dissolvant des calculs et calmant des atroces douleurs qu'ils provoquent.

Huile d'olives à haute dose. C'est, d'après le docteur R. Kennedy, le plus sûr moyen de provoquer l'expulsion

indolore de ces calculs, dont voici un exemple frappant. Un fermier souffrait de coliques hépatiques depuis plusieurs années, suivies parfois d'expulsion de calculs. Six onces d'huile d'olives sont prescrites en se couchant et une once d'huile de ricin le lendemain matin. Douze heures après, nausées et syncope, sans coliques; selles copieuses ensuite, contenant plus de deux cents petites pierres, dont le volume varie depuis une noisette jusqu'à un pois. Cette médication, renouvelée à deux reprises, donna chaque fois un résultat semblable. Cinq mois après, les coliques n'avaient pas reparu.

Trois autres cas analogues sont cités à la suite, et, chez tous ces malades, il a suffi d'administrer l'huile d'olives à haute dose, plusieurs fois renouvelée à quelques jours d'intervalle, pour observer l'expulsion immédiate de nombreux calculs biliaires sans douleur. (*Lancet*, septembre, n° 12.)

Accidents de la lithiase biliaire. Thèse d'agrégation, par le docteur A. Mossé. Paris, 1880.

C'est en suivant le calcul dans sa migration normale et anormale et dans ses arrêts que l'auteur trace l'histoire de ses accidents, méthode aussi sûre que positive. La colique hépatique, la température élevée de l'hypocondre, l'ictère, et, à son défaut, la présence de la bile dans l'urine, les accès intermittents produits par la suppuration des voies biliaires avec diminution de l'urée, en sont les principaux signes. De là les troubles et les lésions cardiaques, la cirrhose biliaire et la suppuration, les ruptures, les perforations, les ulcérations et les fistules. Au point de vue symptomatique et anatomo-pathologique, cette monographie ne laisse donc rien à désirer.

CANCER. Carcinome ganglionnaire primitif. A l'occasion d'une observation de ce genre faite à l'hôpital Necker, service du docteur Ollivier, sur une femme de soixante-trois ans, entrée le 17 janvier avec des ganglions du creux sus-claviculaire formant des tumeurs bosselées, et qui succombait, le 24 avril suivant, à cette carcinose généralisée, M. Chambard se livre à un examen critique de cette espèce morbide, si redoutable. S'en tenant exclusivement à la définition histologique de Cornil et Ranvier, il

élimine tous les faits n'ayant pas rigoureusement cette caractéristique, et, des nombreux exemples publiés comme des cancers primitifs des ganglions, il n'en trouve que quatre supportant cet examen, dont le premier remonte à 1873. Tous les autres sont considérés comme non avenus.

Réduite à ces quatre cas, l'analyse démontre néanmoins deux formes cliniques différentes : le carcinome ganglionnaire local, se bornant à un seul ganglion ou à un groupe de ganglions, se confondant avec l'adénite scrofuleuse ou la lymphadénie bénigne. Ce serait surtout la forme squirrheuse.

La forme généralisée, au contraire, se comporte comme la lymphadénie maligne, qui se confond généralement avec elle. Envahissant le système ganglionnaire de différentes régions et se généralisant jusque dans les viscères, le carcinome, en comprimant nerfs et vaisseaux, détermine de l'œdème et des épanchements séreux, purulents ou hémorrhagiques, qui provoquent rapidement la mort. (*Revue mensuelle*, février.)

En présence de ce simple résultat final, qui seul intéresse le praticien et le malade, on se demande à quoi ont servi toutes ces éliminations, ces divisions et ces distinctions subtiles de cellules ou de tissus, d'éléments altérés, pour former une espèce morbide qui ne peut se reconnaître, se constater qu'après la mort. Si ces tumeurs appelées lymphadénomes, lympho-sarcomes, suivant les éléments altérés, ne peuvent être distinguées au lit du malade que suivant leur localisation ou leur généralisation, leur bénignité ou leur malignité, à quoi bon toutes ces divisions et ces dénominations diverses? L'oculaire commun et l'observation n'avaient-ils pas suffi depuis longtemps à distinguer le squirrhe local dur, lent, du carcinome mou, à la marche rapide, envahissante, redoutable? Ces caractères suffisaient au diagnostic, au pronostic et même au traitement, car l'observation avait montré que l'amputation, pour cette dernière espèce, précipitait plutôt qu'elle ne retardait l'issue fatale. Au point de vue clinique et pratique, il n'y a donc rien de changé. Constater, après la mort, comment elle est arrivée, est une vaine spéculation scientifique, si elle ne sert à la prévenir. Or l'histologie, avec le microscope et les réactifs, n'a servi jusqu'ici qu'à différencier les formes morbides à

l'infini, le plus souvent confusément et contradictoirement, comme le montre la revue si prolixe et prétentieuse de M. Chambard, sans contribuer à prévenir ni traiter plus sûrement le cancer que les anciens, quelle qu'en soit la forme, primitive ou secondaire.

Cancroïde papillaire. Il devrait former une classe à part, suivant le docteur Paquet, de Lille, en raison de sa bénignité et de sa non-récidive. Sur cinq cancroïdes enlevés en 1879 à l'hôpital Sainte-Eugénie, trois étaient muqueux et se sont rapidement reproduits; les deux autres, papillaires, n'ont pas récidivé. Un autre cancroïde, envahissant la lèvre inférieure, les commissures et une partie du menton, chez un cultivateur de soixante-deux ans, avec hémorrhagies fréquentes qui l'affaiblissaient, fut également enlevé le 1er septembre 1879. Malgré l'étendue de la plaie, ayant nécessité une autoplastie et douze points de suture, la guérison fut rapide, et il n'avait pas récidivé un an après. L'étude histologique montra les caractères du cancroïde papillaire et une agglomération de cellules épithéliales à la jonction de la tumeur et des tissus sains, formant comme une barrière à la diffusion du mal. On admet en effet que les cancroïdes ont une tendance à fuser le long des vaisseaux et des interstices musculaires. L'obstacle cellulaire précité pourrait donc expliquer la non-récidive dans celui-ci. (*Société de méd. de Lille*, juillet, et *Bull. méd. du Nord*, nº 9.)

Cancer de l'utérus. L'urémie est à craindre, suivant le docteur Ortille, quand les douleurs cessent complètement. C'est pour lui un signe clinique d'une grande valeur; qu'il a constaté chez plusieurs cancéreuses.

Mastic ou térébenthine de Chio. Tant de charlatans ont déjà annoncé des remèdes où des moyens curatifs du cancer du sein ou d'autres organes, qu'il n'y aurait guère à tenir compte de celui-ci, publié en Angleterre, s'il n'émanait d'un gynécologiste aussi honorable que célèbre : le professeur John Clay, de l'hôpital de la Reine, à Birmingham. De là le retentissement qu'il a obtenu. Comment admettre qu'un clinicien aussi consommé ait pu se méprendre sur les caractères évidents du cancer de l'utérus et sur les effets

signalés de ce nouveau traitement? Venant d'un inconnu, les faits qu'il rapporte eussent été mis en doute, à cause de leurs lacunes, leurs omissions, et les assertions émises eussent paru exagérées. Mais un tel nom couvre tout, et la publicité de ces faits doit les faire admettre comme réels. Il n'y a donc qu'à les résumer, sous le bénéfice de ces réserves.

I. Une femme de cinquante-deux ans, atteinte d'un squirrhe du col et du corps de l'utérus, se présente à l'hôpital. Les ulcérations étaient si étendues que l'ouverture permettait l'introduction de trois doigts. Hémorrhagies excessives, douleurs violentes dans le dos et l'abdomen, cachexie marquée. Des pilules de 6 grains de térébenthine et 4 de fleurs de soufre furent ordonnées, une toutes les quatre heures. Pas d'opium ni de lotions locales. Dès le quatrième jour, la malade accuse un soulagement considérable, malgré un écoulement très abondant. A l'examen, le vagin était rempli d'une sécrétion si épaisse qu'elle se tirait comme des cordes, malgré une injection préalable. L'ouverture, contractée, n'admettait plus qu'un doigt. La tuméfaction environnante était notablement diminuée.

Le douzième jour, à l'épaisseur et à la ténacité de l'écoulement succédait un liquide séreux, abondant. Le col, moins contracté, n'était pas agrandi. Amélioration de la santé générale. La quinine, donnée durant la sixième semaine, provoqua des vomissements qui la firent cesser. A la douzième semaine, le spéculum montrait l'ouverture du col déchiquetée, avec plusieurs cicatrices, sans le moindre saignement. La malade était délivrée de ses douleurs, sans engorgement glandulaire, et parcourait facilement plus d'un kilomètre pour venir à l'hôpital. Sa disparition subite ne permit pas d'en savoir davantage.

II. Une femme de trente et un ans, présentant un cancer du col ayant acquis le volume d'un œuf de poule, fut traitée de la même manière; le museau de tanche, dilaté, était rempli de tissu épithélial, saignant abondamment à l'examen. Hémorrhagies continues depuis six semaines, violentes douleurs dans la région sacrée.

Après six jours de traitement, ces douleurs avaient disparu, et l'écoulement sanguin était remplacé par un abondant écoulement blanc. Le col et ses èvres entr'ouvertes, revenus presque à leurs dimensions normales, étaient

parsemés d'excroissances molles. Un mois après, la femme se déclarait tout à fait bien, et l'examen, pratiqué quatre mois ensuite, montra le col rude et irrégulier, de dimensions presque normales, sans aucune trace d'infiltration cancéreuse. Les règles étaient régulières, peu abondantes et sans douleur; leucorrhée légère dans l'intervalle.

III. Chez une femme de cinquante-deux ans, l'utérus entier était envahi par une masse si considérable que le vagin en était rempli sans être intéressé. L'extrémité du museau avait une épaisseur de 3/4 de pouce, formant n anneau de deux pouces et demi de diamètre. Un tissu épithélial de nouvelle formation, provenant principalement de la paroi antérieure de l'utérus et saillant de deux pouces et demi dans le vagin, se voyait distinctement. Hémorrhagies répétées, douleurs locales, cachexie cancéreuse très prononcée.

Un centigramme de cuivre ammoniacal fut ajouté, dans ce cas, aux pilules de térébenthine, ainsi que des injections de perchlorure de fer. L'écoulement, blanc, sale et filant, se montra néanmoins, comme dans les deux autres faits, avec cessation de l'hémorrhagie et des douleurs. Dès le quatorzième jour, l'excroissance était notablement diminuée; la sixième semaine, elle était rétractée au niveau du col et ne consistait plus qu'en une masse vasculaire, saignant un peu à l'examen.

La malade n'ayant fait que des lotions de perchlorure de fer, une seringue lui fut donnée pour pratiquer des injections. La tumeur, diminuée, ne saigna plus dès lors au toucher, et sa surface, présentant la sensation et l'apparence d'une masse gangréneuse, avait un peu de fétidité. Des douleurs d'estomac se manifestant, sans diarrhée ni vomissements, on supprima le cuivre, et les pilules furent remplacées par l'émulsion suivante :

℞ Solution de térébenthine de Chio (préparée par la dissolution de 30 grammes de térébenthine dans 60 grammes d'éther sulfurique pur).....	15 gr.
Solution de gomme adragante.....	125
Sirop.....	30
Fleurs de soufre.....	2,60 c.
Eau.....	350

Mêlez.

Prendre 30 grammes de cette potion trois fois par jour.

Treize semaines après cette médication, le museau de tanche était réduit au diamètre d'un pouce environ et donnait la sensation d'un anneau cartilagineux d'un quart de pouce d'épaisseur. La tumeur, presque disparue, permettait l'introduction de l'index à plus d'un pouce de profondeur. Amélioration de la santé générale, se manifestant par la gaieté, l'embonpoint et l'absence de douleurs locales. On cesse le traitement; repris ensuite, son action ne laisse plus percevoir, dans la dix-neuvième semaine, qu'un peu d'hypertrophie de la lèvre postérieure, normale au toucher.

IV. Une femme de trente-deux ans, renvoyée comme incurable de l'hôpital des femmes, se plaint d'une hémorrhagie continue, avec de violentes douleurs depuis cinq mois. Constipation opiniâtre résultant probablement de l'usage des opiacés. L'examen montre un cancer épithélial du col, ayant le volume d'un œuf d'oie, qui repousse le museau contre le pubis. Vagin intact.

La potion précédente est donnée d'emblée, et la tumeur diminue si rapidement qu'elle est presque entièrement disparue dès le seizième jour. Le col est revenu à sa place et admet facilement l'index. Les lotions au perchlorure ont arrêté l'écoulement du sang.

Des douleurs font suspendre la médication spécifique. On y substitue 32 centigrammes d'iodure de calcium, trois fois par jour. Les douleurs persistant, la malade fut admise à l'hôpital, et l'on trouva un gonflement du col avec adhérences au vagin. On reprit l'usage de la térébenthine de Chio avec une lotion locale de 40 centigrammes d'acide arsénieux dans une pinte d'eau. Une amélioration rapide s'ensuivit, avec cessation des douleurs et mobilité du col. La malade se trouve guérie. (*Lancet*, 27 mars, et *Tribune méd.*, 1er mai.)

Sans tenir compte des réflexions de l'auteur, on peut juger par ces faits qu'ils n'ont rien de concluant, car la nature histologique du cancer n'est pas plus démontrée que sa guérison définitive, aucune malade n'ayant été suivie un temps suffisant. Les dates mêmes manquent, et cette action locale de la térébenthine de Chio ne peut s'expliquer que par un effet spécifique sur les éléments mêmes du cancer. Les faits ultérieurs pouvaient seuls en déposer. Ils n'ont pas

manqué de se produire, au grand retentissement de ces guérisons presque miraculeuses.

Loin d'être tous affirmatifs, ils sont contradictoires pour la plupart, et ceux-ci émanent surtout d'observateurs célèbres et bien connus.

En voici le résumé par ordre de date.

Deux applications en ont été faites par le docteur Hardwicke. Une de ses malades était atteinte d'un cancer de la matrice et avait été opérée par le docteur Meadows, au mois de décembre. On commença le traitement par la térébenthine de Chio le 15 mai. Le 1er juin, la douleur avait complètement disparu.

L'autre était une femme ayant un squirrhe du sein droit très dur, deux fois plus volumineux que le sein gauche et très douloureux. Le mamelon était rétracté, les ganglions pris, et la malade avait la teinte cachectique d'une cancéreuse. Quelques jours après le commencement du traitement, elle avait déjà bonne mine, le sein était moitié moins gros, beaucoup moins dur, et on ne sentait plus l'hypertrophie des ganglions axillaires. (*Lancet*, 26 juin.)

Le docteur Drury, de Birmingham, rapporte l'observation d'une dame de quarante-sept ans, qui le consulta pour une maladie cancéreuse de la matrice. Un médecin spécialiste renommé l'ayant vue, confirma le premier diagnostic et son avis fut qu'il n'y avait qu'à soulager la malade par l'administration de la morphine.

M. Clay, consulté, prescrivit son traitement ordinaire.

L'administration du remède fut commencée aussitôt, et une amélioration notable se produisit sous l'influence de la vraie térébenthine de Chio; la tumeur, en voie de résolution, n'était pas encore guérie. (*Idem*, 3 juillet.)

Une malade du docteur Kenyon avait une masse cancéreuse dure infiltrant toute la substance utérine, mais plus particulièrement la paroi postérieure. Crises de douleurs. Appétit presque nul, l'estomac rejetant tous les aliments. Cachexie cancéreuse très marquée; fréquentes et sérieuses hémorrhagies.

Elle commença le traitement le 29 mars, et, le 26 juin, M. Kenyon écrivait à la *Lancet*. « Au toucher, on sent toujours une tumeur, mais elle est moins considérable et beaucoup plus molle; il y a maintenant peu ou pas d'hémorrha-

gie, la douleur est beaucoup moins vive, l'appétit est excellent, la couleur cancéreuse de la peau et du teint a disparu. La malade dit qu'elle se sent beaucoup mieux à tous égards et vaque à ses occupations ordinaires. (*Idem*, 10 juillet.)

Sous l'influence de ce traitement, le docteur Gill a vu disparaître les douleurs lancinantes d'un vaste cancer ulcéré du sein et diminuer l'écoulement ichoreux. La plaie se détergeait au centre et se cicatrisait au pourtour. Le gonflement et la douleur des ganglions axillaires avaient cessé, avec amélioration de l'état général et retour du sommeil. Trois mois avaient suffi pour obtenir cette amélioration, conjointement avec les pansements de la liqueur de Condy et parfois la teinture d'opium. (*Idem*, 24 juillet.)

Le contrôle de ces résultats merveilleux ayant été fait, selon la formule de M. Clay lui-même, par le docteur Hickinbotham, à l'hôpital des femmes de Birmingham, sur huit femmes atteintes de cancer utérin, aucune n'en a éprouvé ni présenté les effets annoncés. Les progrès du cancer n'ont pas été arrêtés ni modifiés dans aucun cas, et ce traitement est resté sans action. L'épreuve semble donc décisive pour montrer que ce n'est encore là qu'une illusion professionnelle pour n'y pas avoir regardé d'assez près. (*Idem*, n° 25, juin.)

Le docteur Macleod, ayant expérimenté de même la térébenthine de Chio contre deux cancers de l'utérus, n'en a pas obtenu le plus léger avantage.

A l'hôpital des femmes, M. Lawson Tait a employé, dans plus de vingt cas de cancer de l'utérus, du rectum et du sein, la térébenthine soumise au professeur Clay et reconnue par lui comme authentique. Après plusieurs semaines, il n'en a observé ni amélioration ni soulagement; au contraire, les progrès du mal n'en ont été ni arrêtés ni suspendus.

Une femme mariée, âgée de quarante-huit ans, fut admise à l'hôpital du Collège de l'Université, le 28 avril, dans le service du docteur Graily Hewitt. L'examen montra un vaste cancer du col, saignant au toucher, et dont le diamètre était celui d'un verre à boire. Elle fut soumise à l'usage de la térébenthine de Chio, sous forme d'émulsion et de pilules, jusqu'au 21 juin, sans aucun résultat. L'écoulement était très abondant, mais le mal suivit sa marche fatale, ainsi que la cachexie; le poids du corps diminuait chaque jour, sans que

le prétendu remède exerçât aucune action efficace. (*Idem*, 17 juillet.)

L'unanimité est donc loin d'être établie à ce sujet, et le caractère d'un spécifique est cependant de produire le même effet. La térébenthine de Chio n'est donc pas un spécifique. Il est vrai que la fraude a pu s'introduire avec les autres espèces. La citriodore ou térébenthine de Strasbourg paraît surtout avoir été l'objet de cette confusion. Ce fait est d'autant plus probable que l'espèce véritable est très rare et se vend à un prix élevé.

La térébenthine de Chio et dite de Chypre provient d'un arbre de 30 à 35 pieds d'élévation, qui croît dans cette île. Elle s'obtient du tronc, en en coupant les plus grosses branches. Chaque arbre n'en donne pas plus de 8 à 10 *ounces*. De là son prix élevé de deux à trois shillings la livre. D'un gris jaunâtre, elle a la consistance du miel. Son odeur est agréable et ressemble à un mélange de citron et de jasmin. La saveur en est très douce, mais elle perd de ses qualités en vieillissant et est souvent falsifiée et contrefaite avec la térébenthine des autres conifères. (*Lancet*, avril, n° 14.)

Le consul français à Chio, M. Spadavo, dit que cette térébenthine n'a pas été recueillie dans l'île depuis plusieurs années et que les quantités importées en Angleterre, dans ces derniers mois, doivent être de simples falsifications. L'île ne compte pas plus d'un millier d'arbres à térébenthine, dont un certain nombre, très vieux, ont huit à neuf cents ans d'existence. Leur circonférence varie de dix à douze *yards*. Chacun de ces arbres, bien entretenu, peut donner 2 à 3 kilogrammes de térébenthine chaque année. Elle se récolte en avril par des incisions du tronc.

Les habitants ont été fort surpris, cette année, de recevoir un grand nombre de demandes de l'Angleterre, au prix de 6 shillings les 1600 grammes. L'île n'en ayant pas produit plus de 7 à 800 kilogrammes cette année, toutes les demandes n'ont pu être satisfaites. Le bon marché de cette substance ne la fait pas recueillir avec soin; elle tombe sur la terre et est envoyée ainsi, n'ayant aucun moyen de la clarifier. La récolte cesse dès que le fruit commence à se nouer. Il est recueilli avec plus de soins que la résine; on le soumet à la pression comme les olives, et il donne une huile magnifique, très appréciée par les habitants et

souvent employée au lieu de beurre. Il est récolté vers le milieu d'août. (*Idem*, 2 octobre.)

Six malades, atteintes de cancer de l'utérus, dans le service du professeur Ball, à l'hôpital Laennec, ont été soumises au traitement du docteur Clay, en prenant chaque jour huit pilules contenant 15 centigrammes de térébenthine et 0,10 de soufre. Après dix jours de traitement chez la première, âgée de trente-sept ans, l'état local était fort peu modifié, quoique les douleurs hypogastriques et lombaires fussent devenues supportables. Ecoulement vaginal peu abondant; état général très amélioré, sous l'influence d'un meilleur appétit.

Femme de cinquante et un ans, malade depuis trois ans. Après une semaine de l'usage des pilules, elle affirme qu'elle souffre moins; mais, après un mois de traitement, l'état local était le même, et une métrorrhagie a même eu lieu ensuite.

Dans un troisième cas, la femme se plaignait surtout de douleurs, et une tumeur grosse comme une noix, inégale, rouge, bourgeonnante et saignant au moindre contact, faisait saillie dans le col. Les douleurs ont disparu, mais il n'est pas signalé d'amélioration dans l'état local après trois semaines de traitement.

Femme de quarante ans; col utérin en partie détruit, laissant le doigt pénétrer dans l'utérus. Un mois après, la lésion avait progressé et les douleurs étaient les mêmes.

Femme de cinquante-cinq ans, atteinte d'un cancer du corps de l'utérus, le col étant relativement peu atteint. Ecoulement fétide très abondant et toujours teinté de sang. Après un mois de traitement, bien que les pilules fussent parfaitement tolérées, il ne s'était pas manifesté la moindre amélioration locale.

Femme de quarante ans. Cancer du col, avec végétations fongueuses saignantes remplissant le vagin, dont les parois sont intéressées. Cachexie prononcée et œdème des jambes. L'usage des pilules est tenté pendant une semaine sans résultat. Vomissements répétés, et, la solution de térébenthine n'étant pas mieux supportée, ce cas reste comme non avenu. (*Tribune méd.*, p. 388.)

Le contrôle de ce traitement, fait dans les hôpitaux, montre évidemment qu'à Paris, comme à Londres, l'insuccès est la règle dans tous les cas de cancer bien cons-

taté, et qu'au lieu de ces améliorations rapides, de ces prétendues guérisons merveilleuses, le mal suit sa marche invariable, aussi bien sous l'influence de la térébenthine de Chio que sous celle des anti-cancéreux prônés avant elle.

Cautérisation au chlorure de zinc. D'après les bons effets obtenus par M. A. Guérin avec cette médication, le docteur Lejeune en précise ainsi les règles, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1879) :

Lorsqu'on a bien mis le col dans le champ du spéculum, on introduit, dans la cavité du col, un petit cône de pâte de Canquoin, de longueur suffisante pour remonter jusqu'à l'orifice cervical, si l'on craint que la propagation du mal se soit faite plus ou moins profondément par l'intermédiaire de la muqueuse. Puis on applique bien exactement une rondelle sur le museau de tanche, et, tandis qu'elle est maintenue en place au moyen d'une longue pince, on fait glisser, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, un tampon de charpie destiné à protéger la muqueuse si le caustique venait à se déplacer. On remplit ensuite la cavité vaginale d'un autre tampon de ouate ou de charpie suffisamment volumineux pour maintenir immobile et en place la pâte de Canquoin. La malade doit être reportée dans son lit. Cette précaution est indispensable, pour éviter les mouvements de la marche qui peuvent déplacer le caustique. Le séjour au lit doit être prolongé jusqu'à l'enlèvement du caustique et même quelques jours après.

Le cancer limité au col de l'utérus sera avantageusement traité par la cautérisation à la pâte de chlorure de zinc. Elle donne une destruction aussi complète du mal que l'amputation du col et est à l'abri des accidents qui peuvent accompagner cette opération.

Les flèches peuvent être enfoncées profondément dans la cavité du col et atteindre des parties qu'il serait dangereux d'attaquer par un autre moyen.

Quand le mal est trop étendu, cette cautérisation peut encore trouver son emploi utile pour réprimer les fongosités cancéreuses et combattre les hémorrhagies.

Ce traitement est facilement supporté par les malades, et d'une application à la portée de tous les praticiens.

Cancer du sein. *Grossissement douloureux de l'humérus.* Ce nouveau signe est indiqué par le docteur Snow, chirurgien de l'hôpital des cancéreux de Brompton. Il règne ordinairement dans le tiers supérieur de l'humérus correspondant et est très douloureux à la pression; la douleur s'étend même plus bas. La clavicule participe, dans quelques cas rares, à ce grossissement. Les mouvements du membre n'en sont nullement gênés, et c'est pourquoi les malades ne l'accusent pas avant l'examen; il est seulement découvert par la pression digitale et la comparaison avec l'humérus opposé. Ce grossissement de l'os apparaît ordinairement longtemps avant l'œdème du bras, qui le masque plus tard. La douleur, dans certains cas, est plus appréciable que l'épaississement; ce n'est pas de l'hypertrophie, mais plutôt une forme de périostite.

L'implication du système osseux dans les périodes ultimes du cancer rend ce signe très important au début. Sans avoir eu l'occasion de l'examiner au microscope, l'auteur suppose qu'il est produit par le dépôt des germes du cancer dans la moelle de l'os. (*Lancet*, 12 juin.)

Traumatisme. Sur 58 cas dont il relate les observations personnelles, le professeur Estlander en a trouvé 25 à droite et 33 à gauche, sur 40 femmes mariées et 18 filles, dont l'âge variait de vingt-cinq à soixante et onze ans, soit en moyenne quarante-sept. C'est en effet de quarante à cinquante ans que se rencontrent le plus grand nombre : 26. Ces résultats, obtenus en Finlande, diffèrent donc assez notablement de ceux recueillis à Vienne par Viniwarter, qui, sur 170 cas, en trouvait 88 à droite et 81 à gauche et à une moyenne d'âge plus précoce; ce qui tend à prouver que la menstruation, c'est-à-dire la vie sexuelle de la femme, a une importance réelle sur le développement de cette maladie. Ce n'est guère d'après l'état-civil des femmes, célibataires ou mariées, qu'il faut chercher un rapport sympathique ou physiologique entre l'utérus et la mamelle, à moins de prendre la maternité pour base, ce qui n'a pas encore été fait. L'auteur ne paraît même pas attacher d'importance à cette cause en constatant une certaine proportionnalité entre le nombre de filles au-dessus de quinze ans en Finlande avec les célibataires atteintes et celui des femmes mariées ou

veuves. Mais le contraire, constaté par Viniwarter, ne donnant que 16 filles sur 170 cas, et coïncidant avec une précocité sensible de la vie sexuelle de la femme, tend manifestement à fixer l'attention à cet égard. De là une opinion diamétralement opposée sur l'étiologie du cancer du sein, celui-ci s'en prenant aux grossesses et aux allaitements pour le provoquer, tandis que celui-là repousse, combat cette interprétation en faveur du traumatisme pur.

Le siège d'élection à la partie supéro-externe du sein dans les deux statistiques, c'est-à-dire au point où les chocs et les froissements sont le plus fréquents, est d'abord invoqué. Sur 14 malades dont l'histoire a été exactement enregistrée à cet égard, la tumeur se développe 12 fois à la partie supéro-externe, chez une au-dessous du mamelon, et chez l'autre au-dessous et en dedans. Le cancer débute rarement à la moitié inférieure, parce qu'elle est inaccessible et protégée par l'abaissement même du sein à l'âge où il se développe ordinairement.

S'il est difficile d'accorder une créance entière à tous les racontars que font les femmes à ce sujet, il en est au moins où l'action directe et prolongée du traumatisme est indubitable sur la production du cancer. Des 15 cas où le traumatisme est accusé par ses malades, soit le quart, Estlander signale le cas d'une brodeuse en or dont la pression du châssis sur l'endroit même où s'est développé le noyau cancéreux en rendait l'action évidente. On l'extirpe, et une récidive sur place a lieu quatre ans après. On l'enlève de nouveau, et la guérison a lieu. On ne dit pas si c'est par la cessation du métier coupable, ce qui serait bien plus concluant.

Une célibataire de quarante-quatre ans est occupée, pendant neuf ans, dans une ferme à soulever de pesantes jarres métalliques, pleines de lait, pour les placer sur des rayons, en les appuyant contre la partie supérieure du sein gauche. Deux ans après qu'elle a cessé ce travail, un noyau squirrheux se développe au point même de la pression. On l'enlève, et, quatre ans après, aucune récidive n'était apparue. (*Obs.* 42.)

Une tisseuse, dont le sein supportait la pression de son métier, attribuait aussi sa tumeur à cette cause. (*Obs.* 45.)

Celle de l'observation 47 portait depuis longtemps un

corset mal conditionné, et un noyau se développa au point comprimé du sein. Une autre attribuait son cancer à la pression du sein éprouvée en écrivant. (*Obs.* 48.)

L'action accidentelle d'un traumatisme manifeste est bien plus évidente dans les observations 24 et 37. Une fille de quarante-quatre ans se contusionne violemment le sein gauche au coin d'un buffet en 1867. Une ecchymose en résulte, et, seize mois plus tard, un noyau apparaît à la même place, qui la conduit au tombeau en trois ans et demi. Sa sœur de cinquante-et-un ans est renversée d'un traîneau sur le sein droit peu de temps après. Une tumeur en résulte rapidement, qui est enlevée aussitôt, en montrant les caractères du squirrhe. La prédisposition héréditaire ne rend donc que plus évidente l'action déterminante du traumatisme.

Des indurations développées après des coups et ayant donné lieu ensuite à des cancers sont encore invoquées dans trois cas pour montrer l'action du traumatisme. Mais dans tous ces exemples, on pourrait aussi invoquer simultanément l'influence de la prédisposition, de l'âge, sinon de la ménopause. Malgré la précision de ces faits, ils ne sont guère plus concluants en faveur d'une cause exclusive que de l'autre, et il est bien plus probable que toutes y concourent à la fois : d'où la difficulté de les distinguer. Tout ce qu'il est possible d'affirmer, c'est que la grossesse ni l'accouchement n'y ont pas contribué.

La gravité du squirrhe en cuirasse ou atrophique ressort beaucoup plus clairement de cette statistique clinique. Sur 7 cas du premier, chez des femmes de trente-six à cinquante ans, la durée moyenne du mal a été de huit mois seulement. Cinq à six ont même suffi à ravager l'organisme, et la mort est arrivée au plus tard en un an. La rapidité de la généralisation se manifeste par l'engorgement des ganglions de l'aisselle, au moyen des lymphatiques superficiels et périphériques. C'est là comme un cancer aigu, dont il revêt tous les caractères extérieurs. D'où la contre-indication d'opérer, aussi bien que dans le squirrhe atrophique. Ce sont là de véritables *noli me tangere*, comme des observations en offrent la preuve.

Quant à l'efficacité de l'opération, en dehors de ces éliminations, des 45 opérées, 8 seulement n'avaient pas présenté

de récidive trois ans après. Billroth n'avait eu qu'un succès sur 38 opérées à Zurich et 8 sur 170 à Vienne. D'où la conclusion qu'un cinquième seulement des opérées guérissent, un autre meurt de l'opération et les trois autres cinquièmes ont des récidives. (*Revue mens.* août et octobre.) Voy. SARCOMES.

Cancer de l'estomac. Un excellent moyen de le diagnostiquer en l'absence de toute tumeur appréciable consiste, selon le docteur Leven, à reconnaître la manière dont les aliments sont tolérés par l'estomac. Il ne donne ainsi qu'une seule fois par jour des aliments solides à ses malades; le reste de l'alimentation est liquide.

Une femme de soixante-deux ans, profondément cachectique, vomissant ses aliments et présentant les autres symptômes d'un cancer, moins la tumeur, fut soumise à ce régime. Huit jours après, les vomissements s'arrêtèrent et le diagnostic négatif fut éclairé.

Un chartreux de vingt-cinq ans était en proie, depuis deux mois, à des vomissements continuels, avec une énorme dilatation de l'estomac. Soumis aux injections de pilocarpine, cet ecclésiastique fut guéri de ses vomissements en quinze jours. Revenus ensuite, ils disparurent de même avec des courants continus. A l'aide d'une sonde œsophagienne, M. Leven introduisit dans l'estomac une petite boule terminant l'un des fils conducteurs et appliqua l'autre pôle sur la colonne vertébrale. De là la négation du prétendu cancer. (*Soc. de biol.*)

Cancer du larynx. *Trachéotomie.* Elle n'est pas seulement indiquée quand la suffocation, l'asphyxie en font une nécessité pressante; pour donner tous les résultats que l'on peut en attendre, elle devrait être pratiquée dès que le diagnostic est établi. Suivant M. Krishaber, en ouvrant une voie artificielle à l'air, il est acquis que, par le repos complet de l'organe malade en résultant, surtout si les ganglions cervicaux ne sont pas encore pris, une amélioration sensible se produit toujours pendant un temps variable, pouvant se prolonger un à deux ans et parfois davantage, en ajournant indéfiniment les accidents ultimes.

L'insuccès de l'expectation ne permet pas d'hésiter, surtout avec les perfectionnements apportés au manuel opé-

ratoire par l'emploi du thermo-cautère, permettant d'ouvrir la trachée par des incisions ponctuées sans répandre une goutte de sang, le bistouri ne servant qu'à en diviser les anneaux. Toute complication d'érysipèle, d'hémorrhagie, de pyohémie est alors évitée.

La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ainsi pratiquée (Voy. *année* 1868) prévient tout accident. Une canule pleine, sans perforation dans la courbure et plus ou moins longue suivant le siège et l'étendue du mal — afin qu'aucun bourgeon ou fragment de la tumeur ne puisse s'engager dans son ouverture — et sa fixation solide et à demeure, en sont les conditions indispensables. L'opéré *in extremis* de Trousseau en 1839, qui semblait mort avant le premier coup de bistouri, revint rapidement à une santé supportable pendant cinq mois, et l'inanition seule le fit périr neuf mois après la trachéotomie.

Un homme atteint d'un cancer épithélial oblitérant la cavité du larynx survécut dix-huit mois à la trachéotomie, qui, faite au début des accidents de dysphonie, eût été encore plus efficace. Elle est ainsi praticable tant que les ganglions du cou ne sont pas encore pris et qu'il n'y a pas d'apparence cachectique. Encore dans ce cas est-il permis de la tenter, surtout s'il est possible d'enlever partiellement la tumeur par les voies naturelles. Un crieur public, âgé de cinquante-deux ans, put être opéré à deux reprises et survécut plus de deux ans à la première trachéotomie. (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, novembre 1879.)

CASTRATION. *Ectopie testiculaire.* De nouvelles indications de cette redoutable opération se révèlent chez les deux sexes : l'ovariotomie et l'hystérectomie chez la femme, qui en stérilisent dès aujourd'hui un grand nombre (Voy. Hystérie), et l'ectopie inguinale des testicules chez l'homme. Les chirurgiens ont souvent reculé devant la castration, dans ce dernier cas, par crainte des accidents péritonéaux. Le docteur Zimanowski, ayant été opéré avec succès d'un sarcocèle en ectopie inguinale, sans aucune complication particulière, fit quelques recherches à ce sujet pour montrer que les accidents ne sont pas plus à craindre dans ce cas que dans les conditions ordinaires. En se prévalant de cette immunité relative, le docteur Aubert a pré-

conisé l'ablation des testicules chez les jeunes garçons, afin de les prémunir contre les accidents inhérents à cette malformation lors de la puberté. (Voy. *année* 1879.)

M. Monod a confirmé ces données en collectant une vingtaine de faits témoignant de cette innocuité relative. Sur 40 à 50 faits actuellement connus de cette ablation du testicule retenu dans le conduit inguinal, il n'y a eu qu'un seul cas de mort, manifestement due à la péritonite. Dans 3 autres cas, le péritoine fut évidemment atteint, mais sans accidents ultérieurs. (*Soc. de chirurgie*, janvier.)

Dans ces ectopies inguinales, la communication de la vaginale avec la cavité péritonéale existe-t-elle plus souvent que dans les positions normales du testicule? Quelles sont les modifications apportées par ces malformations dans l'état et dans la situation de la cavité vaginale et du canal vagino-péritonéal? Ce sont là des points qui pourraient donner lieu à d'intéressantes recherches. Quoi qu'il en soit, il faut retenir du mémoire de M. Monod cet enseignement que la castration inguinale n'est pas plus grave que la scrotale, à la condition sans doute que le chirurgien redouble de précautions dans le cours de l'opération et dans les soins consécutifs.

Une opération toute différente a été exécutée, le 28 février dernier, sur un garçon de treize ans, entré à l'hôpital de *King's College* pour la rétention douloureuse du testicule droit : c'est sa descente dans le scrotum. Une tumeur solide, irréductible et excessivement douloureuse, sans expansion par la toux, existait dans l'aine droite, tandis que le testicule manquait dans le scrotum correspondant. Après l'application locale d'une vessie de glace, M. Wood découvrit le testicule, beaucoup plus petit que le gauche, par une incision verticale sur l'anneau externe. La tunique vaginale manquait et semblait avoir été oblitérée. Le testicule était retenu surtout en haut, aux piliers de l'anneau, par des adhérences intimes, très difficiles à briser. Le cordon fut étiré et, quoique n'ayant qu'un pouce et demi de long, put être placé dans le scrotum, en renversant celui-ci, où il fut fixé par un fil de catgut. Toute l'opération avait été faite antiseptiquement. Un drain et un bandage la terminèrent.

L'enfant dormit bien toute la nuit, et, quoique rétracté le lendemain, le testicule était encore bien en dehors de l'an-

neau. La plaie se réunit par première intention et, le 15 mars, l'opéré quittait l'hôpital avec un bandage contentif du testicule dans le scrotum. (*Lancet*, mai.)

Fongus bénin. Elle est indiquée histologiquement, d'après le docteur Remy, contre le fongus bénin du testicule, suite et terminaison de l'orchite interstitielle traumatique. D'après l'examen microscopique qu'il a fait d'un cas de ce genre au laboratoire des cliniques de la Charité, sur un spécimen enlevé par le professeur Gosselin, il a constaté que les fongosités de ce champignon sont analogues aux bourgeons fongueux existant sous les os nécrosés. C'est donc la nécrose du tube séminifère par l'apparition d'un nouveau tissu interstitiel peu vascularisé, formé d'éléments fusiformes à gros noyau et occupant une surface trois fois supérieure au diamètre du tube. De là l'atrophie et la dégénérescence granulo-graisseuse de celui-ci, remplacé par des amas de granulations et absolument privé de spermatozoïdes. L'indication de la castration est donc positive. Le tube séminifère est perdu à tout jamais, et il ne peut y avoir guérison que par sa disparition, son excision complète.

C'est ce que la clinique avait déjà enseigné. La substance jaunâtre, signalée par M. Robin, inspirait des craintes de résorption aux chirurgiens, et ils opéraient surtout pour la prévenir. Mais ce n'est là qu'une multiplication excessive de corps fibro-plastiques. Tout le mal est dans la nécrose du tube séminifère en résultant.

Un diagnostic différentiel résulte de ce fongus bénin avec les autres lésions analogues. Outre que l'apparition de gommes dans l'orchite syphilitique et la présence de nodosités caractéristiques dans l'orchite tuberculeuse les différencient de l'uniformité de celle-ci, des caractères physiques distinguent le fongus bénin du sarcome ou cancer. Ce dernier est très vasculaire et donne lieu à de fréquentes hémorrhagies, à l'opposé du premier. En dilatant la tunique albuginée, la tumeur atteint un grand volume avant de l'ulcérer, tandis que le fongus la perfore rapidement et détermine des troubles de suppuration, au lieu d'une cachexie apparente. Il guérit toujours et l'autre rarement, de même que la tumeur repullule et le fongus jamais. (*Journ. d'anat. et de physiol.* mars.)

CATAPLASMES PHÉNIQUÉS. Voy. Abcès.

CERVEAU. *Crime et intelligence.* La découverte des centres moteurs à la surface extérieure du cerveau a ramené l'attention sur les plis cérébraux dans leurs rapports avec l'intelligence et le crime. La morphologie des circonvolutions est ainsi, d'après M. Pozzi, un des plus importants facteurs de l'intelligence humaine. De même que la surface du cerveau des animaux est en général plus plane, moins plissée que celle de l'homme, et que ces plis sont moins profonds, ces caractères seraient un signe de l'obtusion intellectuelle. Un arrêt de développement congénital ou pendant l'accroissement en serait la cause. Tout le secret de l'intelligence humaine serait dans la conformation extérieure du cerveau, le plissement plus ou moins serré et profond de sa surface. Or ce développement étant, comme toutes les formes et les traits du corps humain, indépendant de la volonté, il n'y aurait plus qu'à attribuer l'esprit à une force aveugle, héréditaire ou divine. (*Annales médico-psychol.*, 1879.)

Si cette théorie était vraie, une circonvolution surnuméraire devrait donc être une condition précieuse pour l'étendue et la supériorité de l'intelligence. Par une amère dérision, une contradiction étrange, voici qu'elle serait, au contraire, la bosse du crime ! M. Bénédict de Vienne a fait connaître en effet l'existence de quatre circonvolutions frontales chez des scélérats, et le docteur Hanot vient de confirmer le fait à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine. Sur onze autopsies, il n'a pas rencontré une seule fois la disposition classique ou normale des circonvolutions. Il ne dit pas si elles étaient aplaties ou moins plissées parfois; mais quatre cerveaux notamment présentaient quatre circonvolutions cérébrales à droite et une fois dans l'hémisphère gauche. La deuxième circonvolution frontale était dédoublée. (*Soc. de biol.*, 27 décembre 1879.)

Deux raisons rendent cette coïncidence frappante. Cette quatrième circonvolution est assez rare pour qu'un interne des hôpitaux, M. Ovion, se livrant à des recherches à ce sujet, n'ait pas rencontré un cas semblable, tandis que, en recourant à l'écrou des hommes à la seconde circonvolution surnuméraire, M. Hanot s'est assuré que, sans être de

grands criminels, c'étaient des piliers de prison, des récidivistes, n'ayant jamais su se plier à aucune règle sociale.

Sans tirer aucune conclusion de ces faits contradictoires, ils montrent que les différences morphologiques sont trop fréquentes et diverses pour que l'on puisse en rien inférer sur le caractère ni sur l'esprit.

Le cerveau, sa topographie anatomique, par le professeur Morel. Paris. Atlas de dix-sept planches gravées, avec texte explicatif en regard, d'un quart au-dessous de la nature. Elles offrent la reproduction exacte de la photographie d'un hémisphère cérébral traité par l'acide azotique étendu, puis desséché. Les circonvolutions, en se ratatinant par ce procédé, laissent mieux voir les sillons qui les séparent et facilitent ainsi l'étude.

CHANCRE. *Traces indélébiles.* D'un grand nombre d'observations cliniques recueillies à l'Antiquaille par M. L. Montaz pendant son internat, il résulte que le chancre syphilitique laisserait *toujours* et *indéfiniment* des traces appréciables, distinctes, sinon un indice des cicatrices simples d'autres ulcérations. Les quarante-huit faits relatés semblent en effet très concluants sur le premier point, mais beaucoup moins sur le second, c'est-à-dire la persistance indéfinie de ces caractères. M. Cornil, qui a étudié histologiquement les caractères distinctifs des chancres, dans ses *Leçons sur la syphilis*, n'a pas cru pouvoir se prononcer aussi catégoriquement, et, comme le nombre de syphilis très anciennes observées par le jeune interne lyonnais est très limité, que la plupart des cas remonte à quelques années seulement, on peut douter de l'exactitude de cette persistance indéfinie qui aurait tant de valeur au point de vue diagnostique et médico-légal.

Quant à la physionomie caractéristique de ces stigmates, permettant, selon l'auteur, d'affirmer, par l'examen de la cicatrice, l'existence d'une syphilis éteinte ou latente, elle semble tout à fait problématique, d'après l'examen et les faits que lui oppose le docteur Coutagne. La cicatrice du chancre syphilitique subissant des modifications variées, par suite de la marche et surtout du traitement, elle ne saurait former un caractère uniforme. Ici, c'est une cicatrice plus

ou moins chondroïde, là une simple modification de la muqueuse, pigmentée ou non, surtout dans la rainure balano-préputiale. Dire que le chancre simple n'est jamais suivi de cicatrice, c'est ne pas tenir compte de sa signification étiologique, ni de ses suites et de ses conséquences cliniques. De nombreux faits prouvent le contraire, surtout à la suite des cautérisations. En présence d'une cicatrice d'ailleurs, aucun signe différentiel ne distingue celle d'une ulcération gangréneuse ou serpigineuse de celle du chancre infectant avec ou sans complication. De plus, l'herpès génital, les furoncles, les érosions, les déchirures laissent des cicatrices si difficiles à distinguer que d'éminents spécialistes les confondent et ne peuvent se prononcer explicitement sur leur origine.

Si, pour le clinicien, la solution de ce problème est souvent des plus épineuses, elle est bien plus redoutable pour le médecin légiste, qui ne saurait jamais se prononcer que sur des preuves certaines. Isolé et variable, ce signe n'offre qu'une bien faible ressource pour reconnaître l'existence d'une syphilis ancienne. (*Lyon méd.*, décembre 1879 et janvier.)

Une distinction importante à faire à ce sujet est le siège. Le chancre induré de la face, selon le docteur E. Besnier, s'il n'a pas été irrité par des cautérisations intempestives, ne laisse aucune trace après sa guérison. Tout récemment, une jeune fille avait présenté un chancre induré considérable à la lèvre inférieure, n'ayant laissé aucune trace appréciable après sa guérison. Le pansement local avec l'iodoforme parfaitement porphyrisé donne surtout ce résultat. On serait donc mal fondé à nier une syphilis antérieure, en ne trouvant pas de cicatrice ni aucun stigmate au point où l'on suppose qu'il a évolué. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, avril.)

Traitement abortif de l'adénopathie. Dès l'apparition de la douleur et du gonflement dans un ganglion dont les lymphatiques partent du point où siège une chancrelle, le docteur Mauriac conseille d'intervenir pour prévenir l'adénite et le bubon chancreux, beaucoup plus fréquent que l'adénite simple. Il est donc prudent d'agir comme si cette dernière n'existait pas, car le traitement abortif, loin de l'aggraver, l'abrège et prévient la formation possible d'un abcès inflammatoire considérable.

Ce traitement abortif consiste à plonger dans le ganglion, jusqu'à son centre, un bistouri à lame très étroite, en imprimant à la pointe des mouvements de latéralité pour rompre les cloisons au tractus fibreux et faciliter l'évacuation du pus par des pressions énergiques et réitérées. Dès que les lèvres de la plaie donneront quelque signe de chancrellisation, et même dès la ponction et l'évacuation du pus, on injectera, avec une seringue en verre, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent au dixième ou de chlorure de zinc à saturation, pour neutraliser le pus virulent. L'injection sera faite une fois par jour avec le nitrate d'argent et tous les quatre ou cinq jours avec le chlorure de zinc. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, février.)

Acide pyrogallique. Cet acide $C^6H^6O^3$, obtenu par distillation sèche de l'acide gallique chauffé de 200 à 215 degrés, se présente sous forme d'aiguilles ou fines lamelles blanches. Il fond à 115 degrés et bout à 210. A 250 degrés, il se dédouble en acide métagallique et en eau. Il est soluble dans 2 parties 1/2 d'eau; il est, en outre, très soluble dans l'alcool, l'éther et la glycérine. La solution aqueuse noircit à l'air; elle est neutre.

Employé à Vienne comme succédané de l'acide chrysophanique, il a donné des résultats favorables; mais on doit y recourir avec prudence, à cause de son action sur les reins.

Sur un homme porteur d'un chancre mou, M. Vidal ayant pratiqué deux inoculations, la première sous la peau de l'abdomen à gauche, la seconde à droite, vit apparaître le phagédénisme à la suite. L'ulcération de la verge était large comme une pièce de 1 franc; celle de l'abdomen, du côté gauche, comme une pièce de 5 francs; celle du côté droit, comme une pièce de 2 francs. Des cautérisations faites avec le sulfate de cuivre, à deux ou trois reprises, parurent amender la tendance envahissante des ulcérations; puis survenait une rechute. Au bout d'un mois d'alternatives semblables, il employa l'acide pyrogallique, dont l'action s'exerce sur la néoplasie jusque dans ses lieux de formation. En voici la formule :

℞ Acide pyrogallique..... ...	20 gr.
Axonge ou vaseline.....	100

Il y eut trois applications en trois jours consécutifs : la douleur était modérée et ne durait que huit à dix minutes. Sous leur action, la surface des plaies atteintes de phagédénisme se modifia, et, après trois nouvelles cautérisations, la guérison fut rapidement complète.

Depuis ce premier succès, M. Vidal employa la même pommade pour obtenir la cicatrisation des chancres. Chez deux malades, la guérison fut rapide; elle fut complète, en effet, après la troisième cautérisation. Dans un cas, l'acide pyrogallique employé pur ne parut pas plus actif que la pommade, peut-être même l'était-il moins. Sur un de ces malades, M. Vidal ayant pris, le troisième jour, un peu de pus l'inocula sans succès; la virulence était donc détruite. (*Soc. de thér.*, janvier.)

Chancre infectant. C'est, suivant la formule exacte du professeur A. Fournier, la manifestation *in situ* de l'infection syphilitique. Son siège est partout, sans que les parties génitales aient le triste privilège de lui offrir l'hospitalité. Il peut s'établir sur toutes les parties du corps, comme les hôpitaux spéciaux en offrent l'exemple. Il se voit là aux endroits les plus étonnants, depuis la bouche jusqu'à l'anus, triste témoignage des habitudes vicieuses et d'une dépravation dont, pour l'honneur de l'humanité, on voudrait chercher l'explication dans l'aberration maladive des sens. Vu l'étrangeté du fait, et pour montrer que le chancre primitif peut se rencontrer partout, sans exclusion d'aucune place pouvant en faire rejeter l'idée, le cas suivant mérite d'être cité comme exemple.

Une jeune dame présente un chancre au mollet. L'endroit est assez extraordinaire pour qu'on soit porté à rejeter l'idée de la manifestation syphilitique *in situ*. Voici cependant comment la chose s'est expliquée, après de persévérantes recherches. A un dîner de gala, une bouteille de Champagne tomba par terre et, en éclatant, blessa notre dame au mollet. La blessée, extrêmement effrayée, est portée dans la chambre à coucher, où l'on procède à son pansement. Il se trouve parmi les convives un monsieur qui prétend qu'il faut sucer la plaie pour prévenir des suites fâcheuses et pour éloigner les petites parcelles de verre qui y sont probablement restées. Il s'offre galamment pour

faire la petite opération, la fait et... inocule au mollet de la pauvre dame un chancre dont il était affligé aux lèvres. La malade, grâce au traitement, va mieux et sera guérie; de cette manière, son malheur sera autant que possible diminué. Combien terrible pouvait-il devenir si, n'attachant pas assez d'importance aux autres signes et rejetant la possibilité du chancre au mollet, on n'avait pas fait de patientes recherches anamnésiques et traité la malade pour une dermatose quelconque, l'ecthyma par exemple.

Il faut donc toujours, quand il y a soupçon de chancre, se faire donner par le patient tous les renseignements possibles, et tâcher de démêler dans le tas ceux qui peuvent jeter une lumière de ceux qui n'ont aucune valeur, ce qui, du reste, n'est pas toujours facile.

Parasitisme. Deux chancres indurés datant de trois à six jours et deux autres de plusieurs semaines étant excisés et examinés au microscope, après avoir été durcis dans le liquide de Muller et l'alcool, M. Pisarewki y a découvert l'infiltration du tissu cellulaire par des cellules caractéristiques de la syphilis. Elle était assez abondante pour cacher la structure normale dans les chancres anciens, surtout autour des vaisseaux, dont les parois avaient une épaisseur remarquable.

Des espaces sans revêtement épithélial et ressemblant à des lymphatiques se remarquaient dans toute la partie indurée. De petites cellules lymphoïdes et une masse finement granuleuse s'y distinguaient, au milieu d'une substance homogène vitreuse. Ces micro-organismes résistèrent à la coction dans l'alcool, l'éther, l'acide acétique, l'acide sulfurique concentré et les alcalis ; le sulfate de cuivre ammoniacal les fait gonfler et disparaître, comme les cellules végétales. Les bâtonnets de Klebs n'ont pas été rencontrés. (*Centralb. fur chirur.*, n° 32.)

Raclage. Cette méthode de traitement est employée depuis trois ans, avec grand succès, par M. Marc Sée, contre l'ulcération de certains chancres virulents placés sous le frein du prépuce ou succédant à des adénites ou des ulcères phagédéniques, toutes lésions dont la durée, très longue, se compte par mois et par années, parfois même est indéfinie.

Ce traitement consiste à enlever, au moyen d'une curette tranchante, toute la matière pulpeuse que l'on rencontre à la surface de l'ulcère, que l'on racle avec un soin minutieux jusque dans les plus petites anfractuosités, ouvrant tous les clapiers, jusqu'à ce que l'on soit arrivé aux tissus sains, toujours parfaitement reconnaissables. Puis on pratique une cautérisation de toute la surface de l'ulcère, afin d'avoir une eschare sèche absolue; enfin on applique un pansement antiseptique de chloral ou acide phénique. Aucune inflammation ne se déclare, l'eschare s'élimine, et, au-dessous d'elle, on trouve des bourgeons charnus de nouvelle formation et de bonne nature, qui se comportent comme une plaie ordinaire. La guérison a lieu généralement entre quinze jours et trois semaines, rarement davantage, à moins qu'il s'agisse d'ulcères phagédéniques très étendus. (*Soc. de chir.*, 13 octobre.)

CHARBON. Quoique spéciale aux animaux et à certains animaux même, cette maladie, par sa virulence et sa nature, a des rapports si étroits avec la pathologie humaine qu'il est indispensable de tenir compte ici de tout ce qui se dit et se fait par les expérimentateurs et les vétérinaires à ce sujet. C'est actuellement leur champ clos, et toutes les maladies contagieuses, virulentes et épidémiques de l'homme, peuvent recevoir une part d'éclaircissements de ces discussions. La pustule maligne, qui y correspond directement, doit surtout en recevoir une solution quant à sa nature et son traitement. (Voy. *ce mot.*)

Etiologie. Sous la puissante direction, active et éclairée, de M. Pasteur, la découverte de la bactéridie, faite par M. Davaine, a pris surtout une importance considérable par ses démonstrations positives. Sa constatation des corpuscules-germes dans les terres recouvrant l'enfouissement des cadavres charbonneux, par des expériences aussi précises que concluantes, ont surtout une haute valeur. Exemple : Un mouton mort du charbon est enfoui, en août 1878, dans un jardin d'une ferme de la Beauce. Dix mois après, puis quatorze mois plus tard, la terre recueillie à la surface même de la fosse, qui n'avait pas été remuée depuis, contenait des corpuscules-germes et donnait le charbon expérimental à

des animaux. La terre prise à la surface de la fosse d'une vache charbonneuse enfouie à deux mètres de profondeur donna des résultats analogues. Ses recherches ont même démontré que les germes se retrouvaient après toutes les opérations de la culture et des moissons, tandis que la terre n'en contenait pas dans les points éloignés des fosses.

Un argument incontestable a été opposé à ces faits par M. Colin : c'est que la virulence charbonneuse, attachée aux liquides et aux tissus, est une propriété éphémère, qui s'éteint avec plus ou moins de rapidité, mais sûrement, dans le sang, la lymphe, les sérosités, le tissu des organes, les dilutions étendues et concentrées, en un mot dans les solides ou les liquides s'altérant d'eux-mêmes ou soumis à la dessiccation, à l'ébullition, à l'action de l'alcool, des acides, etc.

Elle met à disparaître, en moyenne, trois, quatre, cinq jours dans le sang et la plupart des organes; au plus, huit, dix, douze jours, lorsque les liquides ou les cadavres sont maintenus à une basse température et séparés des parties très putrescibles. Et, loin d'être exceptionnelle, cette extinction est constante et prouvée par la stérilité des inoculations de tous les produits charbonneux dont la putréfaction s'est emparée ou qui ont été modifiés d'une manière quelconque par des agents énergiques.

Comment admettre, en présence de cette destruction, cette neutralisation irréfragable de la virulence charbonneuse par la putréfaction, constatée par tous les expérimentateurs, que les cadavres et leurs produits puissent, pendant et après leur décomposition, devenir le point de départ du charbon, qui sévit sous les formes sporadique ou enzootique, dans la Beauce, la Brie, les montagnes d'Auvergne et une foule d'autres localités. Si, par une exception bizarre, la putréfaction laissait au cadavre enfoui la virulence dont elle le dépouille dans toutes les autres conditions; si la bactéridie était la cause de la virulence; si cette bactéridie pouvait vivre, se multiplier ou se cultiver dans le sol comme dans l'organisme, la question de l'étiologie du charbon se débrouillerait comme par enchantement.

S'il est parfaitement exact, et personne ne le conteste, répond M. Pasteur, que le cadavre enfoui se putréfie à l'intérieur, dans les couches profondes de la terre, pour provo-

quer la septicémie, il n'en est pas de même tout autour de lui et vers la surface du sol, où le sang qui l'imprègne se dessèche et n'est pas dans les conditions de la putréfaction. N'est-il pas démontré que ce qui tue la bactéridie filiforme, comme l'air comprimé, la chaleur, les acides, l'alcool, peut en conserver le germe ou ses corpuscules? Ceux-ci peuvent donc s'entretenir dans la terre et à sa surface et y vivre d'une vie latente, en produisant la bactéridie spécifique, infectieuse et virulente, dans certaines conditions. Et, s'appliquant aussitôt à rendre ce fait appréciable, l'illustre panspermiste démontre que du sang charbonneux, répandu sur la terre par les cadavres des animaux qui y sont traînés ou enfouis, produit des germes de bactéridies, qu'on peut retrouver une année après et problablement plus tard, de façon à faire périr charbonneux des animaux qu'on inocule avec ces germes. Il a pu même réaliser des cultures de bactéridies dans de la terre, sans dire comment, de même qu'il en réalise depuis longtemps dans des liquides appropriés, notamment l'urine.

M. Colin oppose alors des faits contradictoires et personnels. J'ai recueilli, dit-il, lors d'une excursion dans la Beauce, des échantillons de terre et de terreau, de fumier, d'herbes et de céréales dans les champs où les troupeaux contractent le sang de rate, et recueilli également des eaux dans les fossés où s'abreuvent ces troupeaux. J'ai lavé, lessivé à froid la terre et les engrais; traité par infusion les plantes et les chaumes qu'on peut supposer chargés d'agents virulents; puis injecté les eaux de lavage et celle des fossés, à la dose de 2, 3, 4 centimètres cubes dans le tissu cellulaire de plusieurs lapins. Jusqu'ici, rien ne m'a indiqué, dans le sol ni dans les aliments ou la boisson, la présence de la bactéridie incriminée, de ses germes ou d'un agent virulent quelconque. Ces cultures, dans l'organisme même, sur le terrain le plus favorable, sont demeurées stériles.

Il cite en outre, comme infirmant la présence dans le sol de la bactéridie, d'un germe ou de tout autre agent virulent, l'exemple du grand établissement d'équarrissage près de Chartres, dirigé par M. Rabourdin, et où sont amenés les cadavres des animaux morts du charbon dans un rayon très étendu. Eu égard au nombre des animaux charbonneux ouverts et convertis en engrais ou en produits industriels,

c'est certainement le plus vaste réceptacle à bactéridies qu'on ait en France. Cet établissement a pour annexe une ferme, où se trouvent plusieurs bâtiments servant à loger les chevaux, héberger une série de vaches laitières, avec leurs produits, et tout ce qui s'ensuit. Ces divers bâtiments ouvrent sur une cour commune pourvue d'une grande mare, véritable lac où sont jetés, enfouis tous les détritus animaux et végétaux de l'établissement et dont le purin arrose le fumier qui sert à fumer le jardin et les prairies environnantes. Eh bien, plantes, animaux et gens se portent à merveille dans ce milieu, et le charbon y est si rare que le propriétaire et organisateur est obligé de remonter bien haut dans ses souvenirs pour en citer un ou deux cas.

De tous ces faits vagues, négatifs, M. Pasteur ne tient aucun compte et leur oppose victorieusement ses expériences si précises et leurs résultats concluants, qu'il s'offre toujours de répéter publiquement pour convaincre les plus incrédules. Pour affirmer contradictoirement que la terre ne contient pas de germes de bactéridies, il fallait les chercher de la même façon et dans les mêmes conditions expérimentales. Des données vagues et choisies à dessein ne suffisent pas à infirmer un fait positif et tangible. C'est le tort de M. Colin de ne vouloir jamais combattre sur le même terrain que son adversaire, de s'y dérober constamment, pour choisir un endroit plus favorable à ses contradictions. De là ses défaites constantes avec un adversaire aussi inflexible et opiniâtre que M. Pasteur. (*Acad. de méd.*, 1879.)

Action des vers. Après avoir fait contracter expérimentalement le charbon à des moutons, en les nourrissant avec de la luzerne arrosée du liquide servant aux cultures artificielles de la bactéridie charbonneuse, et augmenté leur mortalité en mêlant à ces aliments souillés des objets piquants, comme les barbes d'épis d'orge fragmentées, ou les chardons, M. Pasteur ne pouvait s'en tenir à ces faits bruts; il lui fallait en trouver l'explication. La présence de la bactéridie dans le sol recouvrant les enfouissements d'animaux morts du charbon ne suffisait pas à expliquer comment et pourquoi certains pâturages transmettaient spécialement le charbon, et, la génération spontanée du parasite étant hors de cause pour l'illustre panspermiste, il lui restait à décou-

vrir le secret de sa conservation, sa propagation et sa transmission.

De même qu'il avait démontré la présence des germes fermentescibles dans l'atmosphère, l'air ambiant, en y suspendant ses petits ballons ouverts ou fermés, M. Pasteur s'est obstiné à chercher dans la terre l'agent mystérieux et secret qui pouvait seul servir à cette transmission du charbon. Sa découverte des germes même de la bactéridie dans le sol était, pour cet esprit d'une logique inflexible, un guide et un garant qu'il ne pouvait se tromper. S'il est incontestable que la putréfaction détruit la virulence des animaux charbonneux en détruisant la bactéridie, comment ses corpuscules-germes se retrouvent-ils dans la terre, à l'état de vie latente, après des mois et des années?

Dans l'impossibilité d'expliquer ces résultats contradictoires en apparence par l'ascension même de la bactéridie à la surface du sol, M. Pasteur imagina d'abord une hypothèse : C'est que le sang et les matières qui s'échappent du corps de l'animal charbonneux sur la terre, lors de son enfouissement, sont la source de ces germes. Mêlés à la terre aérée, ils échappent à la putréfaction et se trouvent, au contraire, dans les conditions d'un milieu favorable à la formation et à la culture de ces germes bactéridiens.

Mais ce n'était là qu'une supposition incapable de convaincre ni d'expliquer l'ascension de ces germes microscopiques, ni leur présence dans les pâturages et sur les végétaux. Comment des profondeurs de la terre remonteraient-ils à la surface, contre la force même de l'écoulement des eaux et des pluies, et jusqu'à de grandes hauteurs? Leur immobilité était la négation de ce système. Aussi l'auteur poursuivit-il ses investigations; car, au point où en était cette question, le crédit de la doctrine panspermiste était attaché à cette solution, et l'esprit ingénieux de son auteur n'a pas fait défaut pour la trouver.

Ici, l'esprit demeure véritablement confondu devant une perspicacité si merveilleuse. M. Pasteur a découvert que les vers de terre sont les messagers des germes qui, des profondeurs de l'enfouissement, ramènent à la surface du sol le terrible parasite. C'est dans les petits cylindres de terre, à très fines particules terreuses, que les vers rendent et déposent à la surface du sol, après les rosées du matin

ou après la pluie, que se trouvent, outre une foule d'autres germes, ceux du charbon. Il est facile d'en faire l'expérience directe : que, dans la terre à laquelle on a mêlé des spores de bactéridie, on fasse vivre des vers; qu'on ouvre leur corps, après quelques jours, pour en extraire, avec toutes les précautions convenables, les cylindres terreux qui remplissent leur canal intestinal, on y retrouve en grand nombre les spores charbonneuses.

Il est de toute évidence que si la terre meuble de la surface des fosses à animaux charbonneux renferme des germes du charbon, et souvent en grande quantité, ces germes proviennent de la désagrégation par la pluie des petits cylindres excrémentitiels des vers. La poussière de cette terre désagrégée se répand sur les plantes à ras du sol, et c'est ainsi que les animaux trouvent, au pacage et dans certains fourrages, les germes du charbon par lesquels ils se contagionnent, comme dans les expériences où le charbon a été communiqué en souillant directement de la luzerne. Dans ces résultats, que d'ouvertures pour l'esprit sur l'influence possible des terres dans l'étiologie des maladies, sur le danger possible des terres des cimetières, sur l'utilité de la crémation!

Plusieurs faits patents et d'observation journalière tendent à confirmer ces expériences. Le charbon est inconnu dans les terrains pauvres, crayeux de la Champagne, impropres à la vie des vers. Au contraire, les contrées où se rencontre le charbon dans l'Aveyron sont, d'après M. Magne, à sol argilo-calcaire, tandis qu'il est inconnu où il est schisteux et granitique, parce que les vers y vivent difficilement.

C'est la démonstration positive de l'observation des anciens admettant que le terrain argileux ou argilo-calcaire, non seulement de la Beauce, mais de toute autre contrée, contenait des germes se développant sous l'influence de l'humidité et de la chaleur. Car ils avaient parfaitement observé que ces germes, absorbés par les animaux, déterminaient chez eux l'apparition des maladies charbonneuses, sans qu'il fût nécessaire du contact avec un animal charbonneux. C'était là leur spontanéité du charbon, qui, par la découverte de M. Pasteur, se change en contagion directe par les vers.

Mais, ajoute M. Leblanc, comment expliquer qu'un troupeau charbonneux, transporté dans une contrée éloignée de son lieu d'origine et où le charbon ne sévit pas, échappe aux ravages de la contagion après avoir eu encore quelques victimes? On a beau enfouir ces victimes dans le champ et y faire paître des moutons l'année suivante, la maladie ne reparaîtra pas. La réponse est bien simple : c'est que le sol ne convient pas aux vers conservateurs des corpuscules-germes de la bactéridie charbonneuse, qui, détruite définitivement par la putréfaction du cadavre, ne peut se reproduire spontanément dans cet endroit. Loin d'être une objection, ce fait est plutôt une confirmation de la doctrine exclusive de la contagion. L'importance attachée par les anciens spontanéistes à l'étude du sol et du sous-sol des contrées n'a pas d'autre raison. Comme il y a l'immunité de certains sujets appelés réfractaires et l'immunité de la race, il y a aussi l'immunité des terrains calcaires et siliceux. (*Arch. de méd.*)

Action des pâturages. L'immunité des années et des saisons sèches est aussi réelle. On a remarqué que c'est spécialement après un été chaud et un automne pluvieux que le danger du charbon est plus grand en Beauce. Il est même très admissible que les propriétés toxiques des fourrages, provenant de prés argileux, inondés, récoltés après de grandes chaleurs dans les marais de la Seille, ayant une odeur aigre, et dont l'usage produit presque inévitablement le charbon, sont précisément dues aux corpuscules-germes de la bactéridie, comme l'a soutenu M. Peugnant, le vétérinaire des Deux-Sèvres. Combien de prés, de fourrages avariés, récoltés dans ces conditions, sont consommés ailleurs, sans autre dommage que leur mauvaise qualité nutritive, parce qu'ils sont privés de la fatale bactéridie? Tout peut ainsi s'expliquer par la nouvelle doctrine.

Elle est confirmée par l'expérience suivante de M. Poincarré, de Nancy. Ayant constaté dans l'eau d'un pâturage des bactéridies semblables à celles que renfermait le sang d'un animal mort charbonneux, il a fait une injection sous-cutanée de cette eau à un cobaye, le 30 juin dernier. L'animal se montra malade du 2 au 3 juillet et succomba dans la nuit. Son sang présentait l'altération parasitaire décrite

par Davaine, et, inoculé à un second cobaye le 5 juillet, celui-ci mourut dès la nuit suivante. L'autopsie démontra la nature charbonneuse de l'affection. (*Acad. des sciences*, juillet.)

De là une nouvelle prophylaxie du charbon, en n'enfouissant jamais les animaux qui en meurent dans des champs destinés à des récoltes de fourrages ou au pacage des moutons. Toutes les fois que cela sera possible, on devra choisir pour l'enfouissement des terrains siliceux, sablonneux, ou des terrains calcaires, mais très maigres, peu humides et de dessiccation facile; peu propres, en un mot, à la vie des vers de terre.

On comprend donc l'enthousiasme du maître proclamant que, si les cultivateurs le veulent, l'affection charbonneuse ne sera bientôt plus qu'un souvenir pour leurs animaux, pour leurs bergers, pour les bouchers et les tanneurs des villes, parce que le charbon et la pustule maligne ne sont jamais spontanés, que le charbon existe là où il a été déposé et où l'on en dissémine les germes avec la complicité inconsciente des vers de terre; qu'enfin, si dans une localité quelconque on n'entretient pas les causes qui le conservent, il y disparaîtra en quelques années. La théorie des germes, ajoute-t-il, paraît prendre plaisir à se jouer de ses adversaires. Tandis qu'ils s'épuisent dans la recherche des vaines contradictions qu'ils ne parviennent même pas à formuler clairement, elle agrandit ses conquêtes et fortifie ses méthodes. On n'arrêtera sa marche ni en France ni à l'étranger; un souffle de vérité l'emporte vers le champ fécond de l'avenir. (*Acad. de méd.*, 20 juin.)

En admettant tous ces faits nouveaux, annoncés par M. Pasteur — que le sol imprégné du sang charbonneux conserve les corpuscules-germes de la bactéridie spécifique, lesquels, transmis par les vers de terre à la surface du sol, se répandent sur les plantes et peut-être dans les eaux, pour infecter les animaux par des écorchures aux jambes ou des plaies à la bouche — il reste encore une expérience directe à faire : c'est de transmettre le charbon par l'inoculation même de ces corpuscules-germes, ces spores charbonneuses qui remplissent leur canal intestinal. Tant que cette expérience ne sera pas réalisée, il sera possible de douter de la

spécificité charbonneuse de ce germe animé et d'affirmer qu'il est la véritable et la seule source de la propagation contagieuse. Cette expérience est d'autant plus indispensable que les liquides, filtrés et purifiés, de ces corps figurés, n'en transmettent pas moins les effets atténués du charbon, d'après M. Toussaint.

Il est vrai que M. Pasteur désavoue dès à présent les expériences de M. Toussaint et l'interprétation de ses résultats sur la prévention du charbon. Il doit y mettre son veto, tandis qu'il poursuit la démonstration de sa théorie des germes par des exemples positifs, comme le suivant.

Dans un petit village du Jura que le charbon n'avait pas visité depuis longtemps, il s'est déclaré en 1878. Trois des vaches, mortes charbonneuses au mois de juin dernier, ont été enfouies à des places distinctes, à 2 mètres seulement de profondeur, dans une prairie de plusieurs hectares, un peu inclinée. L'une de ces fosses ayant été entourée d'une barrière à claire-voie, quatre moutons y ont été placés pour paître, le 18 août 1880, tandis qu'à 3 ou 4 mètres en amont, où il n'existait pas de fosse, quatre autres moutons ont été installés à manger comme les premiers, pour leur servir de témoins.

Or, dès le 25 août, l'un des premiers moutons est mort charbonneux sur l'enclos même de la fosse, le sang rempli de bactéridies, tandis que les moutons témoins se portent très bien. (*Acad. des sc.*, septembre.)

Une objection se présente à cette théorie de la transmission des germes du charbon par les vers de terre. Comment imaginer qu'ils se localisent ainsi dans un étroit espace de terrain? Est-ce que leurs mœurs, leurs migrations sont assez bien connues pour être certain qu'ils ne dépassent pas les limites de l'enfouissement, et que, pour leur reproduction surtout, ils ne s'éloignent pas de ce lieu primitif? Conclure comme M. Pasteur, c'est admettre implicitement que le ver dépose ses œufs dans le même endroit où il est né, sans s'en écarter seulement d'un mètre. Est-ce donc probable?

Préservation. De même que M. Chauveau avait déjà démontré que, si l'on inocule une brebis avec le charbon dans les derniers temps de sa gestation, l'agneau qui en

naîtra sera absolument réfractaire à cette maladie, M. Toussaint a montré expérimentalement que l'on pouvait préserver directement les chiens ou les moutons du charbon en les inoculant avec le virus atténué. Le procédé consiste à défibriner le sang charbonneux, par filtration ou par échauffement à 55°, pour le priver des bactéridies qu'il contient. On l'injecte ensuite sous la peau de l'animal, et, après une période d'incubation dont la durée est d'environ douze à quatorze jours, l'immunité complète est acquise par ce nouveau vaccin. Les animaux sont réfractaires au charbon, et les inoculations les plus chargées de bactéridies ne produisent même aucun effet local, les plaies se cicatrisent simplement. Exposés à la contagion charbonneuse avant cette période, ils peuvent au contraire contracter la maladie, comme l'enfant vacciné contracte la variole, s'il en a reçu le germe auparavant.

Cette pratique a été suggérée à l'auteur par l'idée que l'infection bactéridienne procédait primitivement du système lymphatique. S'inspirant sans doute des recherches expérimentales de M. Colin montrant que les ganglions sont les premiers envahis après l'inoculation (Voy. *année* 1878), il a tenté d'en faire la démonstration en condensant primitivement la substance de ces ganglions pour empêcher la bactéridie de s'y implanter. Il a pratiqué ainsi des inoculations au voisinage des ganglions de l'aine et du cou pour les obstruer. Mais l'évolution ne s'est pas généralisée, et il est arrivé, empiriquement, à sa vaccination préventive, dont M. Colin aura été l'inspirateur à son insu, si elle se réalise. (*Acad. de méd.*, 3 août.)

Mais, comme l'a remarqué M. Bouchut au Congrès de Reims, s'il y a absence complète d'éléments figurés dans le sérum inoculé comme vaccin, c'est un bouleversement de la théorie des inoculations, puisque le succès de celles-ci ne repose que sur celui-là : toutes les inoculations des autres virus, celle de la vaccine en particulier, n'étant efficaces qu'avec le liquide contenant ces éléments. Il y a donc une inconnue à débrouiller dans ces résultats comparatifs, puisque le liquide infectieux employé par M. Toussaint reste virulent par ses effets sans renfermer la bactéridie ni ses spores. C'est une contradiction manifeste avec les assertions de M. Pasteur, bien qu'il vaccine aussi efficacement

ses poules de leur choléra avec un liquide dilué, affaibli, ou seulement atténué, mais il ne dit pas encore « dépourvu de toute trace d'organismes ». Aussi désavoue-t-il d'avance ces faits extraordinaires et l'interprétation qui leur est donnée, comme on l'a vu.

Les faits déjà constatés autorisent pourtant à admettre, suivant M. Bouley, que cette inoculation est réellement préventive et communique l'immunité du charbon. Dix moutons et un lapin, vaccinés par M. Toussaint à l'École de Toulouse, y sont ainsi invulnérables, et, sur les seize moutons survivant à l'inoculation vaccinale d'Alfort, deux ont été inoculés avec un charbon très actif sans en rien ressentir, tandis que le lapin, inoculé comme témoin avec le même virus, a succombé aussitôt. C'est donc là un commencement de preuves qui, sans être faites conformément à la doctrine des germes, n'en ont pas moins leur valeur. (*Acad. des sciences*, septembre.)

Il y a d'ailleurs bien des inconnues et des déceptions dans ce procédé opératoire. Après l'inoculation du sang charbonneux filtré, les ganglions augmentèrent considérablement de volume avec fièvre intense, dans les premières expériences de M. Toussaint. La température s'éleva jusqu'à 42°,3 chez le mouton, et c'est seulement cinq à six jours après que ces animaux étaient revenus à l'état normal, quoique les ganglions fussent encore volumineux.

Le traitement du sang charbonneux par le chauffage à 55° pendant dix minutes, déjà indiqué par M. Davaine comme suffisant à tuer toutes les bactéridies, ne donne pas toujours des résultats identiques. Six moutons, divisés en trois séries différentes et inoculés avec du sang chauffé à 60°, n'en moururent pas moins. L'addition d'un pour cent d'acide phénique au sang charbonneux ainsi surchauffé n'avait pu réussir à en détruire la virulence.

Le sang charbonneux filtré, surchauffé et mis en contact avec une proportion de 1 à 2 0/0 d'acide phénique, ne peut donc toujours être inoculé avec succès. Sur vingt moutons ou brebis inoculés, le 8 juillet à la ferme de Vincennes, avec 4 centimètres cubes de sang ainsi préparé, quatre succombèrent au charbon quatre jours après et plusieurs autres étaient sérieusement malades. C'était un vrai désastre, dit M. Bouley, et la preuve que le liquide préparé et chauffé

à 52° pendant dix minutes ne suffisait pas à le priver de bactéridies. Ces faits rentreraient donc dans la loi générale de M. Pasteur par leur analogie avec ceux relatifs au choléra des poules. (*Assoc. française*, août.)

En effet, sur les seize moutons ayant survécu à Vincennes, huit ont été inoculés de nouveau, soit avec un liquide de culture, soit avec du sang charbonneux, et aucun n'est mort, mais tous ont présenté de légers symptômes de maladie. Réunis à ceux de Toulouse, c'est donc un total de dix-neuf moutons ayant acquis l'immunité par cette inoculation vaccinale, comme par le climat algérien.

De là l'espoir formulé éloquemment par M. Bouley d'être à la veille de posséder bientôt un préservatif du charbon, comme des autres maladies virulentes, et la promesse d'en faire des applications importantes dans la pratique de la médecine humaine. Des inoculations réitérées ou multipliées seraient susceptibles d'augmenter chez l'homme la résistance à l'action du virus varioleux. Avec un vaccin charbonneux suffisamment dosé, on pourrait de même, dans les pays à charbon, inoculer ce liquide aux animaux pour les mettre à l'abri du fléau. Les *champs maudits*, où les moutons contractaient le charbon par l'infection du sol résultant de l'enfouissement d'animaux charbonneux, mis en évidence par la récente expérience de M. Pasteur à Arbois, n'auraient plus de raison d'être. Ces expériences vont être continuées à Senlis et à Reims avec les moutons vaccinés de Vincennes, en en ayant d'autres pour témoins. On saura ainsi si l'hypothèse du *quid divinum*, du *quid ignotum*, ou du génie épidémique, sur laquelle reposaient l'étiologie et la pathogénie des maladies infectieuses et contagieuses, a une forme saisissable, déterminée, concrète; si ces idées vagues, ces abstractions sont réalisables sous la forme d'un microbe animé, comme M. Pasteur le prétend pour le choléra des poules et M. Toussaint pour le charbon. (*Acad. de méd.*, 21 septembre.)

Immunité des moutons algériens. De nouvelles expériences comparatives de M. Chauveau par l'inoculation du sang de rate ont donné les résultats suivants : 12 moutons européens de diverses races ont tous succombé après une seule inoculation, tandis que, des 47 moutons algériens inoculés, 8 seu-

lement sont morts, 39 ont résisté à des inoculations multipliées. Leur immunité est donc bien constatée et réelle, dit-il, et cette qualité peut être exploitée en toute sûreté, dans l'intérêt des opérations zootechniques. (*Acad. des sc.*, 14 juin.) On voit au contraire par ces résultats, qu'elle n'est pas absolue et que la sécurité est toute relative puisque, sur les sujets réfractaires mêmes, l'inoculation de la bactéridie produit toujours des effets appréciables : tuméfaction des ganglions lymphatiques, voisins de la région inoculée, élévation de la température avec ou sans signes extérieures de malaise, comme l'abattement et l'anorexie, et environ 16 pour 100 de morts.

Cette immunité est congénitale, comme le montre péremptoirement l'inoculation d'agneaux venant de naître et qui ont parfaitement résisté dans tous les cas. Un seul en manifesta du malaise, et ce fut précisément celui dont la mère mourut de cette inoculation, comme si son immunité en eût été affaiblie. C'est donc bien un héritage maternel.

Est-ce donc une propriété de famille créée avec la race, en même temps que les autres caractères constituants? On peut en douter, en admettant que c'est plutôt une propriété acquise par l'ensemble des individus dans le milieu algérien. M. Chauveau le croyait ainsi, en pensant que les moutons trouvent abondamment et incessamment dans ce milieu des germes de bactéridies bénignes qui, en se développant dans l'organisme de l'animal, créent l'immunité contre la bactéridie charbonneuse vraie, surtout pendant la vie intra-utérine.

Cette hypothèse a été contredite par une expérience décisive. Un petit troupeau de mérinos européens, formé avec des reproducteurs des bergeries de l'Etat issus directement de Rambouillet, existe depuis une douzaine d'années dans une ferme de la commune de Rouiba, à l'entrée de la plaine de la Mitidja, sans aucun croisement. Deux agneaux d'un an, de la quatrième et cinquieme génération du troupeau primitif, c'est-à-dire bien acclimatés et imprégnés du milieu algérien, en furent distraits et inoculés le 2 avril, avec trois témoins, une chèvre et deux lapins, dans des conditions identiques aux moutons algériens. Tous les cinq sujets succombèrent également du sang de rate : l'un des moutons trente-trois heures après l'inoculation, et l'autre

dix heures plus tard, avec une infection bactéridienne des mieux caractérisées. Un résultat si clair et positif est donc une preuve suffisante de l'impuissance du milieu algérien à communiquer l'immunité. C'est donc bien une propriété de la race.

Ajoutons en passant qu'il serait au moins rigoureux de tenter la contre-épreuve en Europe, pour conclure définitivement, d'autant plus que, d'après un vétérinaire d'Arles, M. Delorme, cette immunité des moutons algériens paraît s'affaiblir à la longue par leur transport et leur séjour en Provence. C'est donc à l'avenir de décider cette question étiologique.

Tous les moutons de l'Algérie jouissent également de cette immunité, malgré quelques variétés distinctives de l'est à l'ouest. Aucune différence sensible d'aptitude n'existe entre ces divers sujets. Deux moutons d'un an, ayant du sang mérinos d'après la toison, ont aussi bien résisté à l'inoculation que les moutons barbarins à grosse queue et que les moutons purs ou croisés du Soudan. (*Idem.*)

Traitement. Un vétérinaire du Jura, M. Louvrier, appelé à combattre la fièvre charbonneuse qui sévissait épidémiquement dans plusieurs communes des environs de Lons-le-Saulnier, a institué une nouvelle méthode, fondée sur la célèbre expérience de M. Pasteur. En réussissant à inoculer le charbon aux oiseaux qui y sont ordinairement réfractaires, en les refroidissant, les poules par exemple, il avait démontré péremptoirement que la température élevée de leur corps était la cause de leur immunité dans l'état naturel. Et l'on pouvait voir une autre confirmation de ce fait dans l'immunité au charbon, constatée simultanément par M. Chauveau sur les moutons de l'Algérie, en raison de la température élevée où ils vivent. Il était donc permis de se demander si, en élevant la température d'un animal pris du charbon, on ne combattrait pas efficacement cette maladie en en arrêtant le développement. De là le traitement suivant, formulé par M. Louvrier :

Dès le début de l'affection, administration de stimulants sudorifiques et frictions irritantes sur la peau, avec enveloppement immédiat du corps de l'animal dans un drap renfermant une couche de regain ou secondes herbes de 10 à 12

centimètres d'épaisseur formant manchon sur la peau de l'animal. La propriété fermentescible du regain est encore augmentée par son aspersion avec du vinaigre très fort et chaud. Et après l'enveloppement semblable des quatre membres, on recouvre le tout de couvertures chauffées. Toutes ces opérations, exécutées avec rapidité, pour ne pas laisser refroidir l'animal, sont une condition du succès.

Si, malgré cette espèce d'étuve où l'animal est plongé, la dyspnée et le refroidissement du corps augmentent, et que l'animal chancelle ou tombe, l'appareil est enlevé, et l'on renouvelle immédiatement le sudorifique et les frictions plus fortement. Alors l'animal se relève, le corps et les extrémités se réchauffent, la respiration redevient normale, et le triomphe de cette première période est obtenu. De là l'urgence de ne pas quitter l'animal jusqu'à cette réaction manifeste, qui se fait attendre pendant une à trois heures.

Après bien des essais, le meilleur stimulant sudorifique adopté est le café. Il a mieux réussi que les alcooliques. Deux bouteilles de décoction concentrée et sucrée est la dose ordinaire.

L'ammoniaque et la térébenthine à parties égales servent aux frictions. On peut même ajouter de la farine de moutarde au regain. (*Rec. de méd. vétérinaire.*)

Sur cinquante-trois cas de charbon ainsi traités, la guérison a été constante. C'est donc là un traitement aussi énergique et efficace que rationnel, d'après les doctrines régnantes sur cette maladie, et qui peut être appliqué sur les vaches et les chevaux, mais qui ne semble pas aussi facilement applicable aux moutons, à cause de leur toison.

M. Pasteur, intéressé plus que tout autre à ces résultats, hautement confirmatifs de ses doctrines et obtenus dans son pays même, loin de s'en contenter, les a soumis au contrôle de sa méthode rigoureuse. Deux des vaches mises au traitement précédent et guéries du charbon ont été inoculées par lui avec cinq gouttes d'une culture de bactéridies. L'une n'offrit pas de symptômes morbides sensibles, mais l'autre est devenue malade avec œdème considérable et gonflement des ganglions. Cependant elle guérit.

Ce n'était donc qu'une confirmation incomplète de leur immunité. La première vache guérie et une autre furent dès lors soumises à une dose double, soit dix gouttes de la

culture bactéridienne. La première n'en ressentit de nouveau nul effet; mais la seconde fut très malade, avec une température de 41°, et ne guérit que huit jours après. D'où la conclusion que la première était bien devenue réfractaire au charbon; mais la guérison des deux autres, malgré l'infection qu'elles avaient manifestée, demandait une nouvelle épreuve.

Elles furent donc réinoculées de nouveau, et cette fois avec un résultat négatif, ce qui démontre que le charbon ne récidive pas.

Pour confirmer l'action directe du procédé Louvrier, quatre nouvelles vaches n'ayant pas eu le charbon ont été inoculées avec le même liquide que les précédentes, et deux de celles-ci sont immédiatement soumises au traitement Louvrier. L'une de celles-ci meurt, en même temps que l'une de celles qui n'avaient reçu aucun traitement et les deux autres guérissent; ce qui prouve que l'efficacité de ce procédé n'est pas absolue.

Ces deux vaches guéries sont inoculées de nouveau sur le flanc opposé avec cinq gouttes de la culture et elles n'en éprouvent aucun effet appréciable. Confirmation nouvelle de la non-récidive du charbon et que l'inoculation de celui-ci, quand elle ne tue pas, devient préventive et procure l'immunité. Ce serait donc un véritable vaccin. (*Acad. de méd.*, 28 septembre.)

D'après ces nouvelles expériences, il ne serait donc pas nécessaire, comme M. Toussaint l'avait pensé, que le liquide vaccinal ne contînt pas d'éléments figurés, ainsi qu'il avait cru les détruire par l'ébullition. Le résultat de ses expériences précitées à Alfort, où quatre moutons ont succombé, témoigne hautement de la virulence de ce liquide. Ce n'est donc que par son atténuation à doses faibles ou par un traitement spécial, comme celui de M. Pasteur, indiqué ci-après pour le *choléra des poules*, que ce liquide devient préventif du charbon. Et cette vertu est aujourd'hui confirmée par ces quatre nouvelles expériences positives de M. Pasteur venant s'ajouter à celles de M. Toussaint.

CHIMIE MÉDICALE. *Manuel de chimie médicale et pharmaceutique*, par Alfred Riche, professeur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. *Troisième édition.*

Un vol. in-18 de 846 pages très compactes, avec 126 figures dans le texte. Librairie *Germer Baillière*.

La part sans cesse croissante accordée à l'examen physico-chimique dans l'étude de la pathologie humaine est devenue le caractère distinctif de l'école moderne. Suivant les méthodes usitées dans les sciences exactes, elle s'attache principalement à bien déterminer par poids et mesures tout ce qui est appréciable aux sens. Le raisonnement et l'induction y sont absolument subordonnés. La température locale et générale tient le premier rang ; puis vient l'analyse des liquides normaux et morbides, avec l'examen de leurs principes constituants, de leurs éléments figurés en quantité et en qualité. De là une nouvelle éducation à faire pour le praticien de la génération précédente pour comprendre le langage du jour et se faire comprendre des autres.

C'est surtout dans le domaine de la chimie organique et biologique, comme dans l'histologie normale et pathologique, que les progrès, les changements de l'enseignement actuel sont le plus marqués. L'étudiant d'il y a trente-cinq à quarante ans, qui n'aurait pas renouvelé sa bibliothèque ni augmenté ses connaissances en se tenant au courant des innovations et des découvertes, courrait risque de ne plus rien comprendre à l'enseignement du jour. Le diagnostic et le pronostic ne se déduisant, ne s'instruisant que de la lésion, de l'altération des éléments anatomiques, globules ou cellules, et du trouble de leurs fonctions, une thérapeutique toute différente en est résultée. Au lieu de la pharmacologie massive et complexe d'autrefois, elle se réduit à des éléments simples, extraits des minéraux, des végétaux et des animaux, sous forme d'alcaloïdes donnés à dose presque homœopathique et qui en font les médicaments les plus subtils et actifs à la fois.

La matière médicale à étudier, à connaître réside ainsi dans les principes divers des médicaments composés d'autrefois, solides, liquides ou gazeux, et dans leurs combinaisons réciproques. Par les progrès de l'analyse, le quinquina et l'opium, l'alcool, l'éther, l'eau même se sont divisés en une foule de médicaments simples, opposés dans leur action, c'est-à-dire en principes élémentaires déterminés mathématiquement par leurs équivalents et leur quotation atomistique ou moléculaire. La précision théra-

peutique répond ainsi à la précision anatomico-séméiologique des positivistes sctuels.

C'est afin de vulgariser ces données précises et exactes que ce livre a été publié. De là son actualité et son succès, parce qu'il remplit parfaitement son but. Sans être exclusivement consacré à la chimie médicale, il lui donne tous les développements nécessaires pour tenir le lecteur au courant des découvertes les plus récentes à ce sujet. Elémentaire par sa concision, il est savant par sa division et ses détails. L'ordre méthodique et philosophique qui y règne permet d'embrasser d'un coup d'œil tout ce que l'on sait de positif à cet égard.

Il est divisé en trois parties principales : chimie minérale, organique et biologique. La première comprend les métalloïdes et les métaux, classés en familles naturelles, d'après la méthode de M. Dumas. Chacun y est séparément décrit dans son histoire, sa préparation, ses propriétés physiques et chimiques et ses applications, en y reliant toutes les combinaisons, les préparations dont il est susceptible. Les propriétés médicinales, l'usage thérapeutique et les effets toxiques, les réactifs mêmes en sont aussi indiqués séparément à la fin de chaque section, sans qu'il y ait jamais lieu à répétition. La toxicologie du plomb et du mercure est indiquée avec autant d'extension que celle de l'arsenic aux métalloïdes, avec leur emploi thérapeutique. Tout cela dit d'une façon si concise et topique que, malgré les formules et les 98 figures de cette première partie, la chimie spéciale n'occupe guère plus de la moitié du volume.

Restent les deux autres, dont les corps simples et composés par leurs diverses combinaisons sont classés et divisés dans le même ordre. Tous les carbures et hydrocarbures sont décrits successivement dans leurs familles différentes, d'après leur analogie d'origine, de propriétés ou d'action. Puis viennent les alcools, les éthers, les aldéhydes, les acides organiques et les alcaloïdes, ce qui forme avec les composés polyatomiques : alcools, corps gras, acides et alcaloïdes, sucres et tannins, toute la partie importante et condensée de la chimie organique, c'est-à-dire la description de tous les produits immédiats des végétaux et des animaux, leur préparation, leurs usages domestique et

hygiénique, et surtout leur emploi médicinal, qui a de si fréquentes applications.

La chimie biologique, d'origine toute récente, est la moins étendue, mais elle commence par une exposition de MM. Dumas et Boussingault, qui en montre bien toute l'étendue et l'importance chez les végétaux et les animaux, dont elle constitue la vie même. Son étude est placée en première ligne à l'ordre du jour. Voici le plan suivi par l'auteur à ce sujet :

Après l'énumération succincte des substances organisées fournies par les végétaux et les animaux, les fonctions principales sont passées en revue, en décrivant les divers principes qui servent à leurs actes successifs. La digestion, par exemple, dans ses divers phénomènes sert à décrire toutes les sécrétions qui y contribuent et leur composition. Et ainsi de suite de l'absorption, de la respiration, de la nutrition, l'assimilation, etc. La chimie animale a reçu ainsi de grands développements par l'analyse des urines, du sang, du lait et des divers liquides, normaux et morbides. Un essai des tissus, des écritures, des beurres, des margarines, des graisses et des huiles en est le complément.

Par sa distribution méthodique, cet inventaire de matières disparates est aussi intéressant et instructif par la richesse et le rapprochement, la liaison des détails, qu'un ouvrage original. La clarté et la précision du style le rendent aussi compréhensible que facile à consulter par l'index bibliographique qui le termine. Il sera aussi utile aux vieux praticiens qu'aux jeunes étudiants, en les initiant également aux méthodes actuelles d'observer et de traiter les malades.

CHIRURGIE. C'est surtout en simplifiant son instrumentation que la chirurgie actuelle diffère de l'ancienne. Non seulement le malheureux qui va subir une opération grave n'a plus à s'épouvanter d'avance, ni à supporter la vue des préparatifs qui devaient servir à le torturer, le fer et le feu, puisqu'il est privé de connaissance et de sensibilité avant la moindre piqûre; il est encore ménagé lorsque l'anesthésie ne peut ou ne doit pas être employée. Il y a toujours le secours de l'anesthésie locale pour les pusillanimes, et l'appareil instrumental est toujours simplifié. L'écraseur, le thermo-cautère ne sont pas épouvantables comme le

couteau, le bistouri, et le bandage d'Esmarch, en diminuant la sensibilité et l'effusion du sang, n'est pas effrayant comme le garot ou le tourniquet. Quelle différence entre le pansement simple de Lister et ceux si compliqués d'autrefois, que l'abondance de la suppuration obligeait de changer tous les jours! Un linge, une mousseline trempée dans l'eau phéniquée et étendue sur la plaie, ou une injection faite dans la cavité, et c'est tout. Les fils et les drains sont aussi modifiés, simplifiés, et il n'est pas jusqu'aux caustiques que l'on cherche à rendre plus doux.

Et que d'opérations nouvelles, de mutilations hardies sont nées de ces simplifications! que de maladies internes, de lésions viscérales sont traitées chirurgicalement! On résèque le rein et la rate, comme l'utérus et les ovaires; on incise le foie, et, si l'on ne cherche pas encore à le supprimer, on va jusqu'à extraire les calculs de la vésicule biliaire par la cholécystotomie. La laparotomie est maintenant si hardiment pratiquée, que l'intérieur de l'abdomen est aussi justiciable du chirurgien que l'extérieur. Et il en sera bientôt de même du thorax, depuis que la laryngectomie est pratiquée avec succès et que l'on peut boire et avaler, parler même avec des organes vocaux artificiels. Le chirurgien a ainsi changé son rôle de bourreau en celui de sauveur.

Le système antiseptique de Lister ne cesse de rencontrer ses plus redoutables adversaires dans son pays d'origine. On n'est jamais prophète en son lieu. Le *listerism*, comme on l'appelle par dérision et ironie, est toujours battu en brèche, comme n'ayant rien de spécialement antiseptique en lui-même. Les précautions et les soins minutieux dont son emploi est accompagné seraient tout le secret de ses succès. Et quant aux statistiques des opérations graves, comme la laparotomie, l'ovariotomie, — dont la mortalité de 10 0/0 s'est abaissée à 7 1/2 dans la pratique de Spencer-Wells, — on attribue ce résultat à différents facteurs, comme l'abandon des émissions sanguines, un meilleur état sanitaire des hôpitaux, des soins mieux raisonnés et un meilleur régime des opérés. On oppose ainsi que ces différences de la mortalité ne sont pas démonstratives de la spécificité de ce traitement, comme si les antiseptiques employés exclusivement n'avaient pas une part considérable dans ces résultats. O aveuglement systématique!

Ses effets sont indiqués également par la diminution de la mortalité dans tous les hôpitaux. A Saint-Barthélemy, par exemple, sir J. Paget a vu cette mortalité de 15 0/0, de 1847 à 1857, tomber graduellement à 5 0/0 seulement, dans les dix dernières années, de 1867 à 1877. De même dans sa pratique privée : tandis qu'elle s'élevait à 10 0/0, il y a vingt ans, elle n'est plus actuellement que de 2 0/0.

Voy. DRAINAGE, LARYNGECTOMIE, NÉPHROLITHOTOMIE, THERMOCAUTÈRE.

Pratique journalière de la chirurgie, par Adolphe Richard, avec 215 figures originales intercalées dans le texte, avec la légende explicative au-dessous. Deuxième édition, revue et augmentée des notes de l'auteur, par son élève le docteur J. Crauk. Un gros volume grand in-8° de 760 pages. Paris, librairie *Germer Baillière*.

Une deuxième édition est toujours l'éloge d'un livre, surtout quand son auteur n'est plus là pour le faire vendre par sa réputation, son enseignement et sa pratique. Elle marque mieux encore, dans ces tristes conditions, le mérite intrinsèque de l'ouvrage, malheureusement incomplet, que nous a laissé ce jeune maître à l'esprit original et primesautier. Aussi, comme nous le disions ici en annonçant la première édition en 1868, il sort tout à fait des us et coutumes, et n'a rien des clichés modernes ni classiques. C'est le maître signalant, dans un style simple, rapide et attachant, les écueils et les difficultés de la pratique courante de la chirurgie aux praticiens placés sur un théâtre moins vaste, et leur enseignant sans emphase les moyens d'en triompher ou qui lui ont réussi dans sa vaste clinique. Point de ces longues descriptions classiques que l'on trouve partout à peu près uniformes, ni de dissertations érudites. Il s'adresse directement au praticien qui sait déjà beaucoup, mais qui se trouve embarrassé par les hasards de la pratique sur un sujet quelconque.

Cette seconde édition est distribuée comme la première, et nous n'avons qu'à renvoyer à notre première bibliographie pour la connaître. On y a ajouté seulement les notes trouvées après la mort de l'auteur pour la compléter. Elles sont assez nombreuses et ont trait particulièrement aux plaies et affections de la tête, aux opérations de l'empyème et de la thora-

centèse, aux kystes du foie, aux abcès et tumeurs de l'abdomen et à l'ovariotomie. Sur tous ces sujets, comme sur les précédents, l'auteur n'eût pas manqué de signaler les procédés opératoires marquant un progrès véritable, comme l'emploi du thermo-cautère, des injections sous-cutanées, du drainage et le pansement phéniqué, qui ont pris tant de développement depuis sa mort. On doit regretter que M. Crauk ne l'ait pas osé faire, pour rendre l'ouvrage plus complet. Mais il reste ainsi avec toute son originalité.

Manuel de pathologie chirurgicale, par A. Jamain et F. Terrier, 2e fascicule de 368 pages in-12. 3e édition. Paris, librairie *Germer Baillière.* Ce fascicule complète le deuxième volume de cette réédition, dont le premier a paru en 1878. Il termine la description des maladies du nez et des conduits, des sinus qui y correspondent. Le chapitre IV traite des maladies de l'oreille interne et externe et se termine par celles des yeux. Toutes les affections de ces deux grands appareils connexes sont décrites avec l'ordre et la méthode analytique qui distinguent cet ouvrage. Quiconque n'a pas une riche bibliothèque en traités spéciaux peut consulter ce petit manuel en toute sécurité pour se renseigner. Il est sûr d'y trouver au moins l'indication de ce qu'il cherche, et cela avec la plus grande facilité. Il lui suffit de jeter les yeux sur la table ou la bibliographie étendue qui termine chaque section, pour rencontrer le renseignement cherché.

En s'adressant spécialement aux étudiants, cet ouvrage est donc un memento aussi utile à consulter pour le praticien que pour l'auteur, par l'abondance des matières et des renseignements qu'il contient. Un troisième volume, sous presse, en fournira prochainement le complément.

CHLORAL. Une enquête due à l'initiative de la Société clinique de Londres et faite parmi le corps médical anglais, sur les effets de l'usage prolongé du chloral, a donné des résultats nouveaux. D'après soixante-dix réponses seulement, sur plus de mille demandes faites par circulaire, il résulte que, dans vingt-neuf cas, cet agent, malgré des doses prolongées, n'avait produit aucun mauvais effet. Les docteurs Curgenven, Williams, Squire, Buzzard et Clifford Allbutt ont pu

constater que, dans la pratique hospitalière, le chloral avait été administré avec avantage pendant des périodes de deux à trois ans, sans déterminer aucun accident.

Les inconvénients de son usage se classent ainsi : quarante réponses signalent l'affaiblissement du système nerveux et des facultés intellectuelles, ainsi que la production de phénomènes convulsifs. Aussi les docteurs Maudsley, Clouston et Lindsay s'opposent à l'emploi du chloral dans le traitement de l'aliénation mentale.

Pour le système circulatoire, dans deux réponses on a noté l'affaiblissement des battements du cœur. Pour le système digestif, dans six cas on a constaté des troubles digestifs comparables à ceux que détermine l'alcool.

Quant aux phénomènes cutanés, neuf observateurs ont noté des démangeaisons de la peau, des éruptions lichénoïdes, avec congestion de la face. Enfin on aurait constaté deux fois une irritation notable du côté de la vessie.

Le chloral n'étant pas encore compris parmi les médicaments à ne délivrer que sur ordonnance, les clients peuvent s'en procurer en quantité considérable, et l'on voit quel mal il peut en résulter souvent. (*Lancet*, 17 janvier.)

Empoisonnement. Un homme de soixante-deux ans, ayant absorbé, deux heures auparavant, une dose élevée de chloral, présenta l'état suivant au docteur Coghill : face froide et cyanosée, pupilles rétrécies du diamètre d'une tête d'épingle; pouls à 80, plein et dépressible. La respiration artificielle ne pouvait produire que quatre inspirations par minute.

On administre en inhalation vingt gouttes de nitrite d'amyle; au bout de deux minutes, la chaleur revint même aux extrémités et la face reprit un aspect satisfaisant. Il y eut dix, puis douze respirations par minute. L'amyle fut répété à petites doses après un intervalle de deux heures. Le lendemain matin, à neuf heures, l'état général s'était sensiblement amélioré. Cependant le malade n'avait point encore repris connaissance. On lui administra deux lavements d'eau-de-vie et de thé de bœuf; il revint à lui, put parler à ceux qui l'entouraient et avaler quelques aliments. A six heures et demie du soir, l'amélioration continuait; mais à neuf heures, il s'éveilla en sursaut, jeta un regard effaré

autour de lui, étendit les bras, poussa un cri et tomba mort. Le docteur Coghill pense que la stimulation rectale, trop vive, peut avoir été pour quelque chose dans le résultat fatal, dû très probablement à une syncope. (*The London med. Record*, 15 octobre 1879.)

Le chloral comme anesthésique chez les enfants, par M. Redier. Les enfants jouissent d'une tolérance particulière à l'égard du chloral qui leur permet d'en supporter 4 à 5 grammes plusieurs jours de suite, alors que la même dose serait mal supportée par les adultes. Il confirme l'opinion de M. Bouchut, qui recommande l'emploi du chloral comme anesthésique chez les enfants. (Voy. *année* 1876.)

Les doses nécessaires et suffisantes pour produire l'anesthésie sont : de deux à quatre ans, 2 grammes; de quatre à huit ans, 3 grammes; de huit à douze ans, 4 grammes. Le mode d'administration le meilleur est la potion de 100 grammes à parties égales d'eau et de sirop de groseilles, prise en une seule fois à jeun.

Il est bon de ne procéder à une opération (extraction d'une dent, cautérisation ponctuée, ouverture d'abcès, etc.) qu'une heure ou une heure et demie après le début du sommeil, l'anesthésie étant plus complète après un certain temps. La durée du sommeil est de quatre à cinq heures.

Le chloral aurait été employé comme anesthésique dans des opérations assez longues ou douloureuses, pour le redressement d'attitudes vicieuses et d'ankyloses (*Bouchut*), et même pour une opération de bec-de-lièvre qui aurait été pratiquée chez un enfant de six ans, auquel on avait administré au préalable 2 gr. 50 de chloral. (*Journal des sc. méd. de Lille*.)

CHOLÉRA DES POULES. Ce fléau des basses-cours a été pour M. Pasteur l'objet des plus curieuses recherches, comme la pébrine ou maladie des vers à soie et le charbon, en le conduisant à des découvertes intéressantes. Cette maladie, bien connue des fermières, l'est beaucoup moins des médecins. De là la description suivante, donnée par les vétérinaires.

L'animal est sans force, chancelant, les ailes tombantes. Les plumes du corps, soulevées, lui donnent la forme en

boule. Une somnolence invincible l'accable. Si on l'oblige à ouvrir les yeux, il paraît sortir d'un profond sommeil, et bientôt ses paupières se referment. Le plus souvent, la mort arrive sans que l'animal ait changé de place, après une muette agonie; c'est à peine si quelquefois il agite les ailes pendant quelques secondes.

Les désordres intérieurs sont considérables. La maladie est produite par un organisme microscopique, soupçonné, en premier lieu, par M. Moritz, vétérinaire dans la Haute-Alsace, puis mieux figuré par Perroncito, vétérinaire de Turin, en 1878, et enfin retrouvé, en 1879, par M. Toussaint, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, qui a démontré, par la culture du petit organisme dans l'urine neutralisée, que celui-ci était bien l'auteur de la virulence du sang.

Sans s'occuper des lésions anatomiques de cette maladie, M. Pasteur s'est inquiété exclusivement de la culture du microbe qui la produit. Il a constaté qu'au lieu de se développer dans l'eau de levure de bière, si propre au développement d'autres êtres microscopiques, la bactéridie charbonneuse en particulier, il y périt très rapidement. Il est inoffensif pour le cochon d'Inde, sur lequel il développe un abcès au point d'inoculation où fourmille le microbe, qui, inoculé à des poules, les tue rapidement.

Le bouillon de poule, neutralisé par la potasse et rendu stérile par une température de 110 à 113°, est au contraire merveilleusement approprié à la vie et à la multiplication instantanée de ce microbe. En quelques heures, le bouillon le plus limpide commence à se troubler et se trouve rempli d'une multitude infinie de petits articles, d'une ténuité extrême, légèrement étranglés à leur milieu, et qu'à première vue on prendrait pour des points isolés. Ces articles n'ont pas de mouvement propre et font certainement partie de tout autre groupe que celui des vibrions. Ils viendront se placer un jour, selon M. Pasteur, auprès des virus aujourd'hui de nature inconnue, lorsqu'on aura réussi à cultiver ces derniers, comme il est à la veille de le faire.

Quelques gouttes de cette culture, déposées sur du pain ou de la viande avalés par les poules, suffisent pour développer, dans leur canal intestinal, des myriades de microbes qui sont expulsés avec les excréments et qui font périr tous les individus auxquels on les inocule.

La virulence du liquide obtenu par des cultures successives est si grande que, par l'inoculation d'une minime fraction de goutte à des poules, vingt fois sur vingt, la mort arrive en deux ou trois jours, et le plus souvent en moins de vingt-quatre heures. Vingt poules n'ayant jamais eu le choléra, ni spontané ni communiqué, sont ainsi mortes rapidement après avoir été inoculées avec le virus le plus actif.

Mais, par certains changements dans le mode de culture, tenus secrets jusqu'ici par le savant panspermiste, et se traduisant par un faible retard dans le développement du microbe, on en diminue la virulence à volonté, bien que l'identité de nature soit complète. Sous ce second état, son inoculation ne produit plus qu'une maladie et non la mort. Des vingt poules inoculées comme les premières, par une seule piqûre avec le liquide le plus atténué qu'il ait pu obtenir, aucune n'a succombé. Mais, réinoculées ensuite avec le liquide le plus virulent, six ou huit, tout en étant malades, finissent par guérir, et les autres meurent. Et si vingt autres poules neuves sont ensuite inoculées de même avec le liquide le plus atténué à deux reprises, de sept à huit jours d'intervalle, elles sont mieux à l'abri de la maladie que les premières inoculées une seule fois. Douze à quinze résistent en effet à la réinoculation consécutive du liquide le plus virulent. Et si des vingt dernières nouvelles poules de ce lot de quatre-vingts, il les inocule successivement trois à quatre fois, la mortalité est nulle ensuite, sous l'action du liquide le plus virulent. Ces animaux sont ainsi complètement préservés et à l'abri du choléra par ces inoculations successives d'un virus très atténué.

C'est ce que l'auteur appelle la vaccination des poules, et il conclut de ces résultats à l'existence positive d'une sorte de vaccin de leur choléra, avec cette différence considérable que ce vaccin est un être vivant, se comportant vis-à-vis de la maladie parasitaire constituée par ce microbe comme le vaccin à l'égard de la variole. Et la preuve que cette immunité est bien complète, absolue, au lieu de la trouver dans son imagination et le mécanisme secret suivant lequel elle se produit dans l'organisme, M. Pasteur la prend dans un fait matériel, positif et évident, dont voici la démonstration.

Lorsque les poules inoculées ou plutôt vaccinées sur les muscles pectoraux avec le liquide le plus atténué reviennent à la santé, le microbe se multiplie dans ces muscles comme dans un milieu de culture. Alors le muscle se tuméfie, durcit et blanchit à sa surface comme dans son épaisseur. Il devient lardacé, rempli de globules de pus, sans suppuration. Les éléments histologiques se rompent avec une grande facilité, parce que le microbe qui les imprègne par îlots nombreux, les altère et les désagrége en se nourrissant d'une partie de leur substance. Dans le cas de guérison, le parasite est arrêté peu à peu dans son développement et disparaît; en même temps, la partie nécrosée du muscle se rassemble, durcit et se loge dans une cavité dont toute la surface ressemble à celle d'une plaie bourgeonnante de très bonne nature.

La partie nécrosée finit par constituer un séquestre si bien isolé dans sa cavité, qu'on le sent sous le doigt, à travers la peau, dans l'intérieur du muscle; à la moindre incision, on peut le saisir avec une pince et l'extraire. La petite plaie faite à la peau se cicatrise tout de suite, et la cavité du séquestre se remplit peu à peu des éléments réparés du muscle.

Si l'on réinocule avec le virus très virulent une poule ainsi vaccinée par une ou plusieurs inoculations antérieures du virus affaibli, la lésion locale reste au contraire insignifiante, relativement à celles que les premières inoculations avaient produites. C'est la preuve que l'immunité est obtenue et complète, le microbe ne trouvant plus de matière propre à son développement, à sa culture ni à sa prolifération. Injecté dans le système sanguin ou introduit dans les voies digestives, ce virus ou microbe n'exerce plus aucun effet. (*Acad. de méd.*, février et avril.)

Conformément à sa promesse, M. Pasteur a fait connaître comment il atténue la virulence du microbe du choléra des poules. En vérité, ce n'était pas la peine que M. J. Guérin le harcelât tant pour obtenir son secret et provoquât de si gros mots et un tel scandale à l'Académie. Il s'agit tout simplement de l'affaiblissement de ce microbe par sa culture prolongée au grand air, car il est aérobie et ne peut proliférer sans air. Tandis que l'inoculation avec la première culture tue dix poules sur dix inoculées, la seconde

ou la troisième n'en tue plus que huit ou neuf, et graduellement, en diminuant, jusqu'à ne plus les faire mourir; mais il montre toujours son action, comme le vaccin, en les rendant malades. Le microbe peut cependant mourir si l'intervalle mis entre le renouvellement successif des germes dans un nouveau bouillon est trop distancé, et alors il ne se produit plus aucun effet d'inoculation. Elle est fruste.

Mais, tandis que le microbe au grand air s'affaiblit et perd graduellement de sa virulence, il la conserve au contraire en entier si on le renferme dans des tubes hermétiquement bouchés, scellés, avec une petite quantité d'air à l'intérieur. Le liquide, après s'être troublé par la prolifération du microbe, redevient clair en trois ou quatre jours, dès que l'air lui manque; mais il se conserve indéfiniment dans cet état, car, en ouvrant successivement ces tubes de mois en mois pendant une année, le liquide du dernier s'est montré aussi virulent que celui du premier à l'inoculation, tandis que des douze tubes témoins, tenus ouverts, le dernier était incomparablement moins virulent que le premier.

Ce fait nous semble infirmer la division de ces microbes en aérobies et anaérobies. Si l'air est indispensable aux premiers pour proliférer, il ne leur est pas nécessaire pour vivre et se conserver indéfiniment. M. Pasteur ne dit pas si, ensemencé alors dans un nouveau bouillon au grand air, il continue à proliférer. C'est probable, tandis que, en perdant sa virulence par des cultures successives au grand air, il perd également de sa vitalité, sans aucun changement morphologique apparent, car il ne résiste plus aussi longtemps. Il y a donc autant d'inconnu et de mystère dans la génération et la vie de ces infiniment petits organismes, que dans les plus gros. Les phénomènes seuls en sont inappréciables, et c'est ainsi que, dans cette longue disquisition expérimentale, l'illustre panspermiste n'a pu établir aucune règle fixe entre l'intervalle des cultures et leur degré décroissant de virulence. (*Idem.*, octobre.)

Tels sont les faits et la doctrine qui s'en dégage. Assimiler ces résultats à la vaccine, c'est aller bien vite en déduction. Aucun médecin ne pourrait y souscrire, et c'est au temps de montrer ce que l'on doit penser de ces faits singuliers de la pathologie comparée.

Cette maladie ne serait, d'après M. Toussaint, que la septicémie aiguë conctractée spontanément par ces volatiles dans les lieux qu'ils habitent. Des matières en putréfaction, à leur portée, sont donc indispensables à sa production. Plus de 250 expériences d'inoculation de la septicémie aiguë du lapin ont démontré l'identité de forme et de propriétés du microbe de ces deux maladies. Tous les ganglions lymphatiques de la tête et du cou sont tuméfiés, durs, marqués de taches sanguines dans l'un et l'autre cas. Le même parasite s'y rencontre au microscope en quantité prodigieuse, avec des hémorrhagies abondantes à la périphérie. Les ganglions cervicaux chez les poules, ceux des mâchoires et scapulaires chez les lapins, en offrent surtout l'exemple. (*Acad. des sciences*, 2 août.)

CHROMHYDROSE. Voy. Ictère.

CLAUSTROPHOBIE. C'est l'opposé du symptôme de l'*agoraphobie*, ou peur de l'espace (Voy. *année* 1873). Les malades redoutent surtout d'être enfermés, claustrés, en prison. Ce nouveau symptôme, signalé par le docteur Raggi, de Bologne, n'a été remarqué évidemment que par son opposition au précédent. En voici l'observation :

Un peintre de trente ans se rendit un jour dans une salle fermée pour prendre part à un concours de peinture. Il se met au travail et était sur le point de finir son œuvre, quand, excité par les éloges de ses camarades, il se dirige subitement vers la porte, fermée à clef. Il perd l'esprit en ne pouvant l'ouvrir, court çà et là, comme pour échapper à un péril imminent, et, dominé par une préoccupation tyrannique, il ouvre la fenêtre et descend par le toit d'une maison pour reconquérir sa liberté. Dès lors, il redevient tranquille.

Un second fait, observé par M. Ball, d'un jeune fou qui était saisi d'une terreur panique à l'idée de se voir enfermé seul, a suffi pour constituer cette nouvelle entité morbide. Et la preuve que ce ne sont là que des symptômes isolés, passagers d'un état mental altéré, c'est qu'ils cessent de se manifester quand ces malades sont en compagnie, absorbés par des idées plus raisonnables. Ce n'est qu'en revenant à leur monomanie prédominante que ce symptôme, cette inquiétude se manifestent. Ils ouvrent ainsi portes et fenêtres

et vont même jusqu'à sortir la nuit dehors pour avoir l'espace devant eux.

Ce trouble mental donne lieu, comme l'agoraphobie, à une angoisse constrictive de la respiration. Le séjour à la campagne, l'espace et le grand air, sont donc les meilleurs moyens à opposer à cet état psychique. Une malade a été très améliorée par l'usage des bromures alcalins. (*Annales médico-psychol.*, novembre 1879.)

Ces folies avec conscience n'ont pas encore été observées dans les asiles d'aliénés, parce qu'elles ne sont que les prodromes d'un trouble général chez certains excentriques.

CŒUR. Chez un enfant mort de la diphthérite, le docteur Chiari trouva le cœur pourvu de trois cavités seulement : deux oreillettes parfaitement distinctes et un seul ventricule à la base duquel existaient les deux orifices auriculo-ventriculaires normaux, avec leurs valvules et leurs muscles papillaires. Les deux orifices artériels occupaient respectivement leur situation normale, séparés par une cloison et parfaitement distincts l'un de l'autre, munis de leurs valvules sigmoïdes.

Pendant la vie, cet enfant n'avait qu'un peu de dyspnée et se plaignait d'une douleur au cœur dans les efforts violents. On observait même parfois un peu de cyanose ; c'était tout l'appareil symptomatique de cette grave anomalie. (*Jahrb. f. Kinderh.*, n° 2.)

Mensuration. Un nouveau procédé ingénieux et sérieux est indiqué par le professeur Bondet, de Lyon.

La main, posée à plat sur la poitrine, au niveau de la troisième articulation, dans le deuxième espace intercostal du côté gauche, perçoit un petit choc, alternant avec le choc systolique de la pointe du cœur contre les parois thoraciques. Il indique la situation des valvules sigmoïdes de l'aorte, à l'endroit où cette artère sort du ventricule gauche. L'espace compris entre cet endroit et le siège du choc de la pointe mesure exactement la longueur du ventricule gauche. Par le même procédé, on détermine le point où se manifeste le choc correspondant aux valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Ces trois points une fois trouvés, la topographie du cœur est fixée ; son volume, son emplace-

ment, ses rapports avec les organes circonvoisins sont connus, toutes choses qui intéressent au plus haut point le diagnostic et le traitement.

L'auteur recommande, pour mener à bien cette exploration, de faire faire au sujet trois ou quatre grandes inspirations coup sur coup, puis de lui ordonner de retenir sa respiration quelques secondes et d'accomplir enfin plusieurs aspirations énergiques. La main pourtant n'acquerra le tact et la perception des bruits qu'après une certaine éducation.

En voici les conclusions :

1° Le choc sigmoïdien de l'artère pulmonaire, rapproché du choc de la pointe du cœur, peut servir de base à un procédé de mensuration du cœur.

2° Ce procédé a, sur tous les autres employés jusqu'à présent, l'avantage considérable de s'appuyer sur deux points de repère empruntés au cœur lui-même, mobiles comme lui, et dont les rapports, par conséquent, soit entre eux, soit avec la paroi thoracique, auront toujours la même signification, quels que soient les déplacements du cœur.

3° Il permet, par le fait de la mobilité et de la variation des points où l'on perçoit le claquement sigmoïdien de l'artère pulmonaire, d'établir, contrairement à l'opinion généralement admise du pivotement du cœur sur sa base, la fréquence de son déplacement en masse.

4° Grâce aux renseignements si précis qu'il donne sur la longueur, la direction des ventricules et le siège des orifices pulmonaire et aortique, on peut obtenir, sur la situation du cœur, des données infiniment plus sûres qu'aucune de celles fournies jusqu'à ce jour. (*Acad. de méd.*)

Arrêt mécanique et instantané des palpitations. Mettant à profit l'action modératrice du pneumo-gastrique sur les mouvements du cœur, le docteur Lardier emploie un moyen aussi simple que facile pour en arrêter les palpitations purement nerveuses, et indépendantes de toute altération organique. C'est d'exciter le pneumo-gastrique à son origine par le sang, en provoquant une congestion cérébrale artificielle et passagère. Ce but est atteint en plaçant le malade dans l'attitude congestive. Le sujet étant debout, les membres inférieurs fixes et rigides, on lui fait plier vivement le

haut du corps en avant, de façon à faire arriver les mains sur le bout des orteils; la tête ainsi violemment abaissée se congestionne aussitôt, et les palpitations cardiaques cessent immédiatement. On met encore à profit l'ancienne expérience de Weber, qui a montré que l'arrêt de la respiration, après une longue expiration, ralentit et arrête même les battements du cœur. L'auteur a pu observer une trentaine de cas dans lesquels ces deux moyens réunis, l'attitude congestive et la suspension de la respiration, ont fait cesser des palpitations cardiaques parfois fort pénibles et qui duraient depuis longtemps. (*Soc. de méd. de Nancy*, janvier, et *Revue méd. de l'Est*, nos 16 et 17.)

Action de l'érythrophléine. Ce nouveau poison du cœur, découvert par Gallois et E. Hardy en 1876, est le principe actif de l'écorce de l'*Erythrophleum Guinense*, de la famille des légumineuses. C'est un alcaloïde auquel ces auteurs ont reconnu expérimentalement un pouvoir toxique considérable et une action remarquable sur le cœur. MM. Sée et Bochefontaine, avant de l'introduire dans la thérapeutique des affections cardiaques, ont contrôlé ses principaux effets physiologiques par les expériences suivantes.

Les recherches ont été commencées sur les batraciens et les lapins et continuées sur les chiens, à l'aide d'injections hypodermiques. Un centigramme d'érythrophléine, introduit sous la peau d'un chien pesant 9 kilogrammes, est demeuré sans effet appréciable; 2 centigrammes ont tué en deux heures un autre animal du poids de 14 kilogrammes 1/2.

Plusieurs expériences comparatives établissent que le pouvoir toxique de l'érythrophléine est à peu près le même que celui de la digitaline amorphe de MM. Homolle et Quévenne.

Les premiers signes de l'intoxication consistent dans un peu d'agitation, d'inquiétude, suivies d'une période d'affaissement précédant les efforts de vomissement ou les vomissements. Ces derniers phénomènes sont, en réalité, ceux de l'intoxication, et, si la dose de poison n'est pas trop considérable, ils peuvent cesser; l'animal revient alors assez promptement à son état normal. Le fonctionnement de l'appareil circulatoire est troublé, comme celui de l'appareil digestif.

On observe l'augmentation de la pression sanguine intra-

artérielle, l'irrégularité, puis le ralentissement du pouls, déjà notés par Gallois et Hardy. La période de ralentissement est remarquable par la régularité des battements cardiaques, l'énergie de chaque pulsation et l'uniformité de la pression sanguine intra-artérielle. Celle-ci n'est pas modifiée par les mouvements respiratoires, comme à l'état normal, car, sur les tracés hémodynamométriques ou sphygmoscopiques, les ondulations qui résultent de l'influence de la respiration sur la pression sanguine, chez l'animal intoxiqué, ne s'observent plus chez l'animal sous l'action de l'érythrophléine. Le pouls devient ensuite extrêmement faible et accéléré; les oscillations de la pression sous l'influence de la respiration reparaissent; cette pression diminue graduellement; les battements du cœur, de plus en plus faibles, cessent par moments, puis s'arrêtent définitivement, tandis que la pression sanguine devient nulle.

Les mouvements respiratoires semblent influencés directement par l'érythrophléine, en même temps qu'ils le sont secondairement par les troubles cardiaques. D'une manière générale, ils sont, au début, légèrement ralentis et plus amples.

Lorsque les pulsations cardiaques sont accélérées, dans la période terminale de l'empoisonnement, les mouvements respiratoires sont extrêmement énergiques et plus fréquents. Dans presque toutes les expériences, sinon dans toutes, les mouvements respiratoires ont cessé au moment de l'arrêt du cœur. Plusieurs fois, à ce moment, l'animal a poussé un grand cri. Une, deux, et même trois minutes après la cessation des battements du cœur, les mouvements respiratoires ont reparu moins énergiques pendant deux ou trois minutes, pour s'arrêter alors définitivement.

Les fonctions de diverses parties du système nerveux paraissent troublées par l'érythrophléine. Ainsi l'excitation faradique des bouts thoraciques des nerfs vagues à la région cervicale n'a pas déterminé l'arrêt du cœur chez l'animal intoxiqué, comme il le produit sur l'animal sain. La chute brusque de la pression sanguine, survenue sous cette influence, s'est, au contraire, également manifestée dans les deux cas.

L'action frénatrice ou modératrice du nerf pneumo-gastrique sur le cœur est donc modifiée par l'érythrophléine, et l'on peut, avec cette substance, dissocier pour ainsi dire

physiologiquement les deux phénomènes circulatoires résultant de l'excitation des bouts périphériques des filets cardiaques des vago-sympathiques.

L'excitation faradique des bouts céphaliques des pneumogastriques, dans une période avancée de l'intoxication, n'entraîne pas l'accélération du pouls, qu'elle détermine tout d'abord dans les conditions normales; elle ralentit, au contraire, le pouls; mais elle agit sur la tension artérielle comme d'ordinaire, c'est-à-dire en l'augmentant par une disjonction des effets physiologiques.

La faradisation des bouts cardiaques ou des bouts céphaliques vago-sympathiques entraîne donc, chez l'animal à l'état normal, les mêmes modifications de la pression que chez celui qui a reçu de l'érythrophléine. Le rhythme du cœur, au contraire, est respecté par les mêmes excitations faradiques chez l'animal intoxiqué par cet alcaloïde.

A la mort de l'animal, le cœur est en diastole flasque et cependant rempli de sang. Quelquefois, les ventricules cardiaques sont animés d'un mouvement de trémulation semblable à celui qui succède à la faradisation de ces ventricules. Généralement, le cœur n'a pas perdu sa contractilité électrique. Le nerf pneumo-gastrique a conservé son action sur l'estomac.

L'excito-motricité des nerfs phréniques, ou de l'un de ces nerfs, est ordinairement diminuée ou abolie, tandis que celle du sciatique ou du sympathique cervical n'est pas amoindrie.

En résumé, la physiologie démontre que l'érythrophléine agit non seulement sur le cœur, mais encore sur l'appareil respiratoire, et cette double action sur ces appareils si importants doit conduire à en faire l'application à la clinique, et plus particulièrement au traitement des affections cardiaques ou respiratoires. (*Acad. des sciences.*)

Régime lacté. Il est particulièrement efficace, selon M. Potain, dans les maladies secondaires du cœur, hypertrophies ou dilatations simples ayant une origine rénale ou gastrique. Ce régime modifie dans un cas l'état du rein, dans l'autre celui de l'estomac, en ce sens surtout qu'il apporte à ces organes un repos plus complet. De plus, pour être véritablement efficace, il doit être absolu et plus ou moins

prolongé. Il peut intervenir utilement dans les cas de simples palpitations réflexes, quand le point de la perturbation réflexe est gastrique. On peut utiliser son action diurétique dans les cas d'hydropisie surtout, et peut-être exclusivement quand l'hydropisie est la conséquence d'un trouble rénal secondaire ou d'une phlogose intercurrente des séreuses. Enfin, ce régime ne peut être efficace qu'à la condition d'être bien toléré et de trouver des facultés digestives et assimilatrices capables d'utiliser convenablement le lait. (*Assoc. française*, août.)

Action des bains. Schott, après une assez longue expérience de leur emploi, en confirme les bons effets annoncés sur les néoformations de l'endocarde, mais en expliquant autrement leur action. Ce n'est ni comme dissociants ni comme résorbants qu'ils agiraient, mais simplement comme toniques de premier ordre pour le muscle cardiaque. Que l'affection soit ou non accompagnée de souffle, c'est à la dilatation ventriculaire que s'adresse spécialement l'action du bain, et elle ne manque jamais ni contre les lésions valvulaires ni dans les insuffisances relatives. Il s'agit là d'une espèce de gymnastique du cœur, et les bains se rapprochent de la digitale à cet égard.

Les bains alcalins, naturels ou artificiels, à une température de 24 à 26° et une durée de dix à vingt minutes, pris quotidiennement, avec un jour de repos par semaine, sont tout le secret de cette médication (*Berl. Klin. Woch.*, n° 26.)

COLLYRES ANTISEPTIQUES. Pour désigner à la fois toutes les variétés de conjonctivites, catarrhales, purulentes, pustuleuses, granuleuses, aussi bien que les kératites, phlycténulaires, plastiques ou même suppuratives, en un mot toutes les affections oculaires externes paraissant susceptibles d'être traitées avec succès par un moyen commun, le docteur Fieuzal, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts, les réunit sous le titre générique et ancien d'ophthalmies externes. Cette unification a pour but de leur opposer un agent unique, incapable de provoquer des exaspérations de la maladie, comme tous les oculistes en observent journellement par suite d'un traitement intempestif.

Un collyre employé au début d'une ophthalmie simple du segment antérieur de l'œil peut devenir ainsi très préjudiciable lorsqu'elle se complique d'iritis ou de choroïdite, car ce sont là les complications contre-indiquant le plus formellement les traitements astringents ou cathérétiques, en usage de temps immémorial dans la thérapeutique des affections oculaires externes.

Afin de mettre dans les mains du plus humble comme du plus éminent des praticiens un moyen uniforme, souvent très efficace et jamais nuisible de ces affections sécrétantes de la conjonctive, il a substitué à ces collyres les pansements antiseptiques destinés à remplacer désormais le traitement banal qui produit si souvent des complications irrémédiables.

En voici l'indication, communiquée le 14 avril à la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris et signalée dans une circulaire du ministre de l'intérieur aux préfets du 6 septembre dernier :

« 1° Emploi de l'eau phéniquée à 1/250 en lotions fréquentes, dans toutes les hyperémies conjonctivales, conjonctivites catarrhales, purulentes, granuleuses;

« 2° Eau phéniquée et sulfate neutre d'éserine (5 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée), dans les conjonctivites pustuleuses, vésiculeuses, ulcéreuses, et les abcès de la cornée;

« 3° Eau phéniquée et atropine (5 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée), lorsqu'il y a en même temps iritis;

« 4° Enfin la glace méthodiquement appliquée dans certains cas particuliers, mais exceptionnels, et plus habituellement, au contraire, l'eau chaude. Tels sont, dans leur ensemble, les moyens locaux qui devraient être employés par tous les médecins, en attendant un traitement institué par un spécialiste, dans le cas où la maladie tendrait à prendre un caractère de gravité nécessitant la mise en œuvre de tels ou tels autres que celui-ci jugerait utiles, avant que la maladie se fût déjà terminée par une perforation, comme c'est la règle avec les collyres métalliques instillés dans les culs-de-sac de la conjonctive. »

Il les emploie journellement dans sa clinique, et, sans en revendiquer l'extension comme une panacée, il s'est as-

suré, à sa consultation des malades externes de l'hôpital, que la plupart des autres collyres étaient nuisibles. Bien des médecins ordonnent des collyres sans trop se rendre compte de leur action sur une muqueuse irritée et dont l'épithélium est desquamé par places. Beaucoup même ne s'assurent pas préalablement, par l'examen de l'œil à l'éclairage latéral ou à l'éclairage faible avec un miroir plan, si les membranes profondes sont enflammées. Une hyperémie conjonctivale simple ne peut cependant se distinguer d'une iritis au début que par ce moyen. Des complications graves résultent de cette erreur, et les malades ont trop souvent à payer non seulement de douleurs cuisantes, mais de synéchies postérieures insurmontables, qui auraient été évitées si le médecin n'avait par habitude, et d'une façon banale, ordonné un collyre plus inoffensif en apparence qu'en réalité. L'essentiel étant de ne pas nuire, il est préférable de s'en tenir aux collyres antiseptiques. Les études spéciales des médecins les plus instruits ne sont pas toujours suffisantes pour donner des soins raisonnés aux malades atteints d'ophthalmie profonde. La pratique journalière des maîtres dans les hôpitaux en est l'exemple. Velpeau traitait tous ses malades atteints de kératite par le collyre au nitrate d'argent, vulgarisé dans un Manuel publié sous son patronage. Tout en apportant le premier la lumière dans l'étude et la description des ophthalmies, en les distinguant suivant le siège occupé par l'inflammation, en isolant les blépharites, les conjonctivites, les kératites, les iritis, il faut reconnaître qu'il fut moins bien inspiré dans son traitement, quand on se rappelle que ce grand clinicien traitait les iritis par un collyre composé : eau distillée 120 grammes, sulfate de zinc 0,20, extrait de belladone 0,50. Pour la kératite, c'était le nitrate d'argent; pour la conjonctivite, le sulfate de cuivre.

Ce que cette pratique a entraîné de taies de la cornée est incalculable, car il est surabondamment prouvé que, dès que l'épithélium de la cornée est enlevé, le nitrate d'argent, transformé par les larmes en chlorure insoluble, se fixe indéfiniment à cet état dans le tissu propre de cette membrane, de façon à y jouer le rôle de véritable corps étranger et à devenir à tout instant l'occasion de poussées inflammatoires nouvelles. Il en est de même des sulfates de

zinc, de cuivre, de cadmium, du sucre de Saturne et en général de tous les métalloïdes et métaux que les oculistes ont, à juste titre, bannis depuis longtemps de leur pratique dans le traitement de la kératite.

L'influence exercée par l'école de la Charité dans le traitement des ophthalmies externes se fait encore sentir de nos jours. Sans tenir compte des travaux faits sur la physiologie pathologique des kératites, la pluralité des médecins ordonne encore, dans ces maladies, en le croyant classique, le traitement par le collyre au nitrate d'argent ou bien celui de sulfate de zinc et de cuivre et laudanum, comme celui de sucre de Saturne. Quelques-uns, et non les moins illustres, ont remplacé l'extrait de belladone par le sulfate neutre d'atropine, qu'ils associent à ces sels métalliques, comme nous en avons tous les jours la preuve dans les ordonnances que les malades apportent des consultations hospitalières.

Rien assurément ne justifie l'emploi de cette pratique que la routine la plus détestable. Elle engendre des résultats de nature à acquérir la portée d'une véritable calamité sociale, si l'on songe au nombre de malades qui, par suite de taies ou de leucomes imputables au mode de traitement mis en usage, sont rendus impropres au service militaire, ou incapables d'entreprendre ou de poursuivre telle ou telle carrière civile.

Quand on voit, comme tous les oculistes sont à même de le constater trop souvent, hélas! les déplorables résultats d'une thérapeutique meurtrière, le devoir s'impose de réagir; l'indifférence serait coupable, et il importe absolument de contribuer de toutes ses forces à faire rejeter à jamais une pratique qui n'est pas seulement celle des médecins, entre les mains desquels elle offre des dangers relativement beaucoup moindres, mais aussi et surtout celle des pharmaciens et des sages-femmes, sans parler des nombreux marchands de vin et restaurants ayant la renommée d'une eau souveraine pour les yeux. Il ne se passe pas de semaine où l'on ne voie à l'hôpital des malades victimes de traitements absurdes conseillés impunément dans notre bonne ville de Paris par des charlatans.

Il existe, dans le public, à l'endroit des collyres, un sentiment trop répandu, en vertu duquel les collyres dont l'ap-

plication ne fait pas de mal inspirent rarement confiance, tandis que le plus souvent un collyre violent sera préféré à celui dont l'emploi ne se traduit pas par une vive douleur instantanée. (*Tribune méd.*, 6 juin.)

CONGÉLATION. *Pilocarpine.* Cette nouvelle application thérapeutique s'est réalisée à l'occasion du rude et terrible hiver de 1879, chez un soldat de vingt et un ans, du 16e régiment de chasseurs, en garnison à Moulins. Chargé du pansage des deux chevaux près desquels il couchait, il se leva le 10 décembre à six heures, bien portant comme d'habitude, quand, saisi par le froid — le thermomètre à minima marquant alors 27° au-dessous de zéro — il sentit sa tête s'alourdir, eut du vertige, perdit connaissance, tomba. Pendant une heure environ, il resta ainsi sans secours. Il était sept heures et demie quand on le découvrit, et, jusqu'à huit heures, un pharmacien s'employa des plus activement à le ranimer et le réchauffer par d'actifs stimulants, externes surtout.

A l'arrivée du docteur Méplain, la face était rouge, vultueuse; raideur tétanique des membres et du tronc, avec trismus et grincement des mâchoires. Peau sèche et froide, excepté au front. Pouls misérable; respiration faible et rare. Immobilité et insensibilité générale. Des stimulants plus énergiques furent renouvelés; notamment les inhalations d'ammoniaque, rendant la respiration plus sensible; mais, devant leur insuccès, deux injections hypodermiques furent dès lors pratiquées avec une solution au 50e de chlorhydrate de pilocarpine, soit 3 centigrammes.

Dès la première minute, la raideur musculaire diminuait sensiblement; le trismus cessait bientôt, en faisant place à un violent claquement de dents, qui lui-même dura peu de temps. Les paupières ne tardèrent pas à s'ouvrir, et, en quelques instants, les pupilles se dilatèrent largement. Le pouls, tout à l'heure serré et misérable, prenait l'amplitude et la souplesse qu'il présente au dernier stade d'un accès de fièvre intermittente. Enfin, dix minutes environ seulement après la seconde injection, la transpiration perlait au front d'abord, puis au cou, sur la poitrine, et peu à peu se généralisait. Dès la troisième ou quatrième minute, une amélioration très grande s'était manifestée dans les carac-

tères de la respiration, qui prit, en peu de temps, l'ampleur et le rhythme normal du sommeil. Ce garçon se rétablit après quelques jours d'hospitalisation d'un état évidemment très grave, causé par le refroidissement.

Mais faut-il attribuer ces bons effets de calorification à l'action de la pilocarpine seule? Evidemment non; il y avait une réaction manifeste quand elle fut employée et nul doute qu'elle ne produise pas des résultats aussi prompts au début des accidents. C'en est cependant une nouvelle indication précise. (*Bull. de thérap.*, janvier.)

CONTRACTURES. Hémi-contracture traumatique de la face. Depuis que le traumatisme a été signalé par le professeur Charcot comme une cause de contracture musculaire dans l'hystérie et l'hémiplégie, les exemples s'en multiplient (Voy. HÉMIPLÉGIE), et l'on a même observé une hémi contracture essentielle des muscles de la face paraissant sous son influence exclusive. M. Duplay a été le premier à attirer l'attention sur ce sujet, à propos d'un garçon de dix-neuf ans, entré à l'hôpital, le 7 mars 1877, pour un coup de pied de cheval reçu trois semaines avant au niveau de l'os malaire droit. Dans sa chute sur le côté gauche de la face, il s'est fendu le sourcil, sans présenter d'autres complications qu'un gonflement douloureux de tout le côté droit de la face, disparu huit jours après.

C'est alors que, éprouvant de la difficulté à ouvrir la bouche, il entre à l'hôpital. Asymétrie complète du côté gauche, offrant sa physionomie naturelle, avec le côté droit, grimaçant et présentant le rire sardonique. Les mâchoires de ce côté s'écartent incomplètement; le masséter est dur et fortement contracturé, de même que la joue, légèrement douloureuse à la pression. Picotements dans la lèvre supérieure et contraction indolore dans les autres muscles du côté droit; sensibilité normale.

L'écartement mécanique des mâchoires et l'emploi de l'électricité pendant six semaines ont été nécessaires pour guérir cette contracture.

Le docteur Terrier a observé un cas analogue chez un charretier de quarante-neuf ans, entré à l'hôpital Beaujon par suite d'une chute dans un escalier faite environ un mois auparavant. Une plaie du cuir chevelu, de 4 centimètres de

long, en résulta, à 3 centimètres au-dessus de la protubérance occipitale externe du côté droit.

La plaie était presque guérie, lorsqu'il ressentit, en se réveillant, une vive douleur dans le côté droit du cou, surtout au niveau des attaches occipitales du sterno-mastoïdien. Il ne pouvait tourner la tête à droite ni ouvrir la bouche, et les mâchoires étaient serrées l'une contre l'autre de ce côté. La contracture de la face est ainsi très manifeste à son entrée; plis et rides du front, œil fermé, ouverture difficile de la bouche, contractions toniques du masséter et du ptérygoïdien interne, tête tournée à gauche et ne pouvant être ramenée à droite. Le sterno-mastoïdien forme une corde rigide apparente et facile à saisir.

Aucun antécédent n'expliquant ces accidents, force est bien de les rapporter à sa blessure. L'ablation de cinq racines de dents cariées augmente encore la contracture. Le malade est soumis à des bains tièdes tous les deux jours, avec des frictions sur le cou qui font graduellement disparaître le torticolis, et il quitte l'hôpital dix-huit jours après, complètement guéri.

Un troisième cas semblable est rapporté par le professeur Nicolaysen, de Christiania, observé chez un garçon de vingt-trois ans s'étant fait dans une chute une plaie de la région temporale gauche, avec lambeau détaché de l'aponévrose. Six jours après, cette plaie était complètement guérie; mais, cinq jours plus tard, une contracture des muscles mimique et élévateurs de la mâchoire gauche se manifesta. Il ne pouvait ouvrir la bouche qu'avec difficulté, n'ayant qu'un écartement d'un centimètre et demi. Dureté douloureuse des muscles temporal et masséter. Aucune diminution de la sensibilité.

L'électrisation du nerf facial a lieu au commencement de décembre. Il faut recourir au spéculum de Heister pour l'ouverture de la bouche et la contracture n'est disparue que le 15 janvier. Aucune lésion du facial n'ayant pu être découverte, l'origine réflexe de la contracture est donc encore ici la seule explication possible.

Un quatrième fait est rapporté par le docteur Dumolard chez un cultivateur de cinquante-cinq ans qui, étant ivre, tombe de sa hauteur sur la tête contre une pièce de bois. On constate, le lendemain 11 janvier, une large plaie qui,

du front, remonte jusqu'à la suture fronto-pariétale droite. Elle a 10 centimètres de long dans toute l'épaisseur du cuir chevelu, décolé sur les côtés. Tuméfaction de la face, sans fièvre. La cicatrisation était presque complète, lorsque se manifeste, le 18, une contraction des muscles de la face à droite. L'asymétrie est complète le 21; les rides, les plis sont disparus, et l'œil est plus ouvert à droite qu'à gauche. Rapprochement des mâchoires, accolement des lèvres avec douleurs dans le masséter droit lorsqu'on cherche à les écarter. Mastication impossible, écoulement de la salive, morsures de la langue et de la joue par des contractions brusques, sans fièvre; sensibilité intacte.

Ces accidents, attribués à la plaie, ne furent pas combattus activement. Le bromure de potassium et l'opium à l'intérieur, avec des frictions au baume tranquille chloroformé, suffirent à les faire disparaître à mesure qu'elle se cicatrisa, mais la guérison ne fut complète que le 30 mars. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

Ne convient-il pas de rapporter également au traumatisme la contracture de toute la moitié droite du corps survenue subitement pendant une injection dans la plèvre à la suite de l'empyème? Si la ponction simple peut provoquer l'hémiplégie, la contracture peut bien en résulter, surtout dans le côté correspondant. Voy. EMPYÈME.

Contracture spasmodique. *Connexité avec les réflexes tendineux.* Voy. HÉMIPLÉGIE, HYSTÉRIE, PARALYSIES.

COQUELUCHE. *Inhalations.* L'usage interne de tous les médicaments ayant été en vain essayé, sans qu'aucun se soit montré véritablement curatif et encore moins spécifique contre cette névrose, il était naturel que l'on en vînt à les employer directement en pulvérisation dans la gorge. L'inhalation des vapeurs des plantes, baumes et résines, essayée de tout temps, conduisait logiquement à cette pratique, beaucoup plus immédiate et positive, comme un perfectionnement. Névrose ou spasme de la glotte, sinon irritation catarrhale de la muqueuse laryngée, cette toux convulsive doit être bien plus sûrement modifiée et guérie en appliquant les remèdes voulus, indiqués par cette voie topique, que par l'estomac. L'inspiration de l'air des usines à

gaz a fait aussi merveille, il y a quelques années, bien que délaissée depuis et remplacée par l'évaporation du phénate de soude (Voy. *année* 1877). C'est la méthode la plus rationnelle de traitement. En voici de nouvelles applications.

La belladone, la quinine et les bromures ayant échoué sur les nouveau-nés de l'asile de New-York, le professeur Smith fit pratiquer trois fois par jour, dans la salle des coquelucheux, des pulvérisations de deux à cinq minutes de durée avec la solution suivante :

℞	Acide phénique	1 gr.
	Chlorate de potasse	6
	Glycérine	60
	Eau	200

Douze enfants furent soumis à ces inhalations pendant quinze à vingt jours. Sans être concluants, les effets furent assez favorables pour continuer ce traitement. Une amélioration sensible eut lieu dans les quintes, et sept des petits malades, âgés de huit mois à cinq ans, éprouvèrent une diminution notable des paroxysmes par l'emploi de ces inhalations. Et, comme la toux convulsive spasmodique est le principal danger et la cause des complications les plus redoutables, ce traitement est recommandé de préférence à out autre quand aucune contre-indication n'existe. L'acide phénique, allié au chlorate de potasse, paraît agir surtout comme un anesthésique des surfaces muqueuses.

Ces résultats sont parfaitement conformes à ceux obtenus en Allemagne. Birch Hirschfeld, ayant placé ses petits malades dans une chambre parfaitement ventilée, en satura l'air d'acide phénique, en faisant pulvériser une solution à 20 pour 100 avec un atomiseur. Des inhalations furent également pratiquées par le docteur Thorner, de Berlin, avec une solution de 1 à 2 pour 100 seulement, et, dans les deux cas, il en résulta un effet très salutaire sur le nombre et la violence des accès. (*Boston med. and surg. journ.*, 22 janvier.)

Pulvérisations bromurées. Pour rendre plus sensible l'action sédative du bromure de potassium, si efficace par l'usage interne, le docteur Wintrebert fait usage d'une solution au vingtième, en pulvérisation directe dans la gorge.

Il y recourt après chaque quinte lorsque la muqueuse des voies respiratoires, débarrassée des mucosités qui l'obstruent habituellement, est accessible à l'action immédiate du médicament. Chez une enfant de quatre ans, les quintes, de 24 par jour, tombèrent à 9, puis 7 et même à 5. Sous l'influence d'un écart de régime et de la fièvre qui en fut la conséquence, les quintes remontèrent à 27, pour revenir de nouveau à 9, 8, 7, dès que les pulvérisations furent reprises. Huit ou dix jours après, la coqueluche avait presque complètement disparu. (*Journ. des sciences méd. de Lille.*)

CRANE. *Périostose chez les scieurs de long.* On sait que les scieurs de long ont l'habitude de soulever fréquemment, pendant leur travail, de lourdes pièces de bois qu'ils appuient directement sur la tête. Sous l'influence de ces pressions lourdes et répétées, le docteur Poncet (de Lyon) a observé qu'il se développe sur la voûte crânienne une tumeur osseuse, méritant, par son siège et ses caractères, d'être prise en considération. Cette périostose professionnelle, sorte de durillon osseux, forme une saillie facilement appréciable au doigt, longue de plusieurs centimètres, située sur la suture sagittale. Sur 14 scieurs de long examinés au hasard, la déformation a été trouvée douze fois très nette et deux fois moins marquée, ce qui tient à ce que les derniers ouvriers plaçaient habituellement le bras sur la tête. Cette plaque osseuse est fixe, non douloureuse, et le plus souvent il existe à ce niveau une plaque de calvitie, de forme ovalaire, ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs. (*Acad. de méd.*)

Vernois avait déjà signalé, dit le docteur Diday, une bourse séreuse sur le vertex de ces scieurs de long, au siège même de leur périostose professionnelle. C'était probablement la même affection. Il rappelle également que les hiercheurs, qui font circuler les wagons dans les galeries de mine en s'aidant de la tête, sont affectés d'une dureté squammeuse du vertex avec épaississement de la peau. Il resterait à déterminer la lésion anatomique qui caractérise ces altérations probablement analogues. (*Lyon méd.*, février.)

CYSTITE. La cystite cantharidienne, qui semblait être un des effets immédiats de l'absorption de la cantharidine

par l'usage des vésicatoires, n'en serait plus que l'effet secondaire, d'après les nouvelles expériences de M. Cornil. Les anciens anatomo-pathologistes — Morel-Lavallée entre autres, qui obtint une récompense de l'Institut pour ses constatations précises sur la morphologie des lésions rencontrées à l'autopsie d'individus soumis récemment à l'emploi des vésicatoires — n'avaient pu voir qu'imparfaitement les lésions primitives des autres organes. Les reins sont les premiers lésés, et ce n'est que par l'action secondaire et peut-être topique de l'urine intoxiquée sur la vessie que la cystite secondaire se manifeste.

La cantharidine, dont l'action se produit en même temps sur d'autres organes, détermine d'abord dans le rein, presque aussitôt après son introduction sous la peau, la sortie des globules blancs et des globules rouges des vaisseaux glomérulaires, avec imprégnation et gonflement des cellules de la capsule des glomérules et des tubes contournés par un liquide contenant des granulations hématiques. Peu de temps après se manifeste l'inflammation des tubes droits et collecteurs, caractérisée par une modification de la forme de leurs cellules et la migration des leucocytes. Cette modification de forme des cellules, dont la configuration est fixe à l'état normal, et qui, sous l'influence de l'inflammation, deviennent indifférentes ou irrégulièrement polyédriques, est un fait à peu près constant dans tous les organes.

La vessie, après la première émission d'une quantité notable d'urine, qui a lieu quinze ou vingt minutes après l'empoisonnement, revient sur elle-même et reste contractée. Sa surface est rouge ; elle renferme quelques gouttes d'une urine trouble, contenant des leucocytes et de très grandes cellules sphériques ou allongées et plates. Une heure après l'intoxication, ces grosses cellules, à deux jusqu'à huit ou dix noyaux ronds, sont, les unes libres dans l'urine, les autres encore adhérentes à la surface de la muqueuse et en train de se détacher. Les cellules allongées sont irrégulières à leurs bords; elles offrent des prolongements à angles mousses. Leur protoplasma, granuleux, solide, homogène, se colore en jaune par le picrocarmin, tandis que les noyaux deviennent rouges. On voit assez souvent un noyau en voie de division ou des

noyaux plus petits que les autres situés à côté d'un noyau plus gros. (*Acad. des sciences,* janvier.) Voy. EMPOISONNEMENTS.

Cystotomie. Une des principales règles en chirurgie, toutes les fois qu'un obstacle s'oppose à l'exercice d'une fonction indispensable à la vie, est de l'enlever et, à défaut de pouvoir le faire, de le surmonter en créant une voie artificielle à la fonction même. La trachéotomie, la gastrotomie, la kélotomie et bien d'autres opérations n'ont pas d'autre principe. Il est surtout appliqué par les chirurgiens anglais et allemands, afin d'atténuer ou de guérir le mal par le repos de l'organe, dont la fonction est supprimée. La colotomie a été ainsi érigée par eux en méthode générale contre les obstructions du rectum, le cancer entre autres, et M. Krishaber recommande et emploie au même titre la trachéotomie contre le cancer du larynx (Voy. *ce mot*). La lithotomie n'a pas été imaginée dans un autre but, et l'on est encore forcé d'y recourir quand la lithotritie ne peut en remplir directement l'indication. Et, de même que la ponction de la vessie est couramment employée aujourd'hui contre la rétention d'urine, dès que le cathétérisme offre des difficultés ou présente des dangers de fausse route, il est question de créer une voie artificielle à l'urine, quand son émission par la voie naturelle est douloureuse, insupportable, comme dans la cystite aiguë. Les chirurgiens américains tendent ainsi à ériger la cystotomie en méthode générale contre cet accident.

Aucune autorité chirurgicale n'a pris encore la responsabilité de conseiller explicitement cette opération en pareil cas. Bryant dit pourtant, à propos de l'ulcération de la vessie, qu'il serait d'une pratique rationnelle, dans les formes les plus graves, d'inciser cet organe, comme dans la taille, — *as for lithotomy,* — afin de fournir une libre issue à l'urine aussitôt sa sécrétion. Cette opération, ajoute-t-il, fournirait une chance pour la guérison spontanée de la vessie et donnerait en tout cas du soulagement. Le docteur Robert Battey a pratiqué ainsi la cystotomie dans un cas de cystite en 1869 et, d'après le *Medical Record*, le docteur Powell, dans son enseignement au Collège médical de Rush, n'a cessé, depuis 1866, de recommander ce mode de traite-

ment contre la cystite chronique, non en dernier ressort, comme un moyen extrême, mais de bonne heure, afin de prévenir l'épaississement et l'altération des parois vésicales.

C'est d'après ces enseignements que le docteur Barss a été conduit à pratiquer la cystotomie contre une cystite chronique chez un alcoolique, âgé de 44 ans, dont les souffrances étaient intolérables. Après des douleurs persistantes dans le rein gauche, de 1866 à 1872, survint une hématurie soudaine et abondante qui y mit fin; mais une urine épaisse, gluante, y succéda, en déterminant de fréquentes et douloureuses envies d'uriner. Malgré divers moyens employés jusqu'en 1878, en ville et à l'hôpital, notamment le lavage de la vessie, cet organe était devenu si irritable que les mictions se répétaient toutes les deux à trois minutes avec des douleurs intenses tout le long de l'urèthre.

Le 1er avril 1878, en présence de quatre médecins, ce malade fut éthérisé et placé dans la position de la taille. Un cathéter étant introduit dans la vessie, la taille latéralisée fut pratiquée par une incision étendue de la vessie, de manière à donner un libre cours à l'urine. Le doigt, introduit à l'intérieur, ne rencontra ni calcul ni tumeur, mais une muqueuse très épaissie.

Sept heures après l'opération, l'urine coulant librement de la plaie, le malade déclara qu'il se trouvait mieux qu'il n'avait été depuis plusieurs années. La température s'éleva le lendemain jusqu'à 105 degrés Fahr., et de l'urine s'écoulant par l'urèthre ramena les douleurs; mais un tube en caoutchouc, placé dans la vessie, mit rapidement fin à ces accidents.

L'urine continua néanmoins à être alcaline et purulente, malgré les lavages répétés de la vessie. Elle ne devint neutre que sous l'action de l'acide benzoïque, porté graduellement jusqu'à l'extrême dose de 6 grammes par jour. Mais, en troublant la digestion et en irritant la gorge, cet acide dut être cessé, et l'urine revint alcaline.

Néanmoins, quatre mois après l'opération, l'opéré commença à sortir et à reprendre ses occupations, en portant son tube urinal. Il n'était pas guéri, car l'urine contenait toujours du mucus en grande quantité, et il ne pouvait s'en écouler la moindre quantité par l'urèthre sans provoquer de vives douleurs. Il souffrait toujours des reins, mais il

trouvait néanmoins sa position plus supportable par l'écoulement artificiel de l'urine.

La mort survint le 2 septembre 1879, dix-sept mois après l'opération. En tentant d'enlever le rein gauche, il se brisa en une masse de détritus et de pus. Le rein droit, au contraire, était à l'état normal. Les parois de la vessie étaient épaissies et contractées, l'uretère gauche était atrophié et imperméable, tandis que le droit était dilaté. Prostate à l'état normal. Une petite tumeur muqueuse se projetait dans l'urèthre à son point de jonction avec la vessie. (*Boston med. and surg. journal*, n° 23, décembre 1879.)

La cystotomie n'a évidemment pas reçu dans ce cas sa véritable application. La cystite n'était que symptomatique et consécutive à l'altération du rein gauche. C'était celui-ci qu'il eût fallu exciser comme moyen curatif; la néphrite primitive était l'origine de tout le mal. La tumeur uréthrale, cause des plus grandes souffrances, n'était peut-être même que secondaire. Et cependant cette ouverture artificielle de la vessie pour l'écoulement de l'urine a prolongé la vie, en la rendant plus supportable, pendant dix-sept mois! Cette expérimentation, pour ainsi dire, permet donc de prévoir qu'elle eût été bien plus utile et curative dans un cas de cystite essentielle, et c'est là un exemple propre à y faire recourir, surtout avec les perfectionnements actuels du nuage phéniqué.

Cette opération radicale est surtout employée chez la femme par les gynécologistes américains. Le docteur Emmet l'exécute avec des ciseaux, et le docteur Bozeman excise un fragment circulaire du diamètre d'une pièce de cinq francs. C'est du moins ce que dit le docteur Byrne, en proposant un nouveau procédé d'exécution avec le galvanocautère, qui semble un perfectionnement sur les précédents. Sans une excision aussi étendue, la cicatrisation est empêchée. Aussi en préconise-t-il l'emploi dans tous les cas de cystite chronique, car il n'en a jamais vu de guérison par les acides, les alcalins, les balsamiques ou toute autre injection. (*Gynecological transactions.*) La chirurgie française est heureusement trop conservatrice pour se laisser aller à de telles excentricités.

Elle semble surtout indiquée dans la nouvelle variété de cystite dite scléreuse, où la rétraction de la vessie est telle

qu'elle ne peut plus contenir d'urine, comme en témoigne l'exemple suivant :

Cystite scléreuse. Un homme se présente à l'hôpital Lariboisière, service de M. Duplay, pour deux fistules périnéales survenues à la suite de l'uréthrotomie interne, pratiquée à l'hôpital Necker, un an auparavant. Un rétrécissement à 2 ou 3 centimètres du méat n'admet que la bougie n° 15, un autre à 11 centim. 1/2 n'admet que le n° 11. Des phénomènes de cystite intense, avec miction toutes les cinq minutes de quelques gouttes d'urine purulente et douleur à la fin, maigreur, perte d'appétit, fièvre vespérale, indiquaient la gravité de son état.

Aussi la dilatation et le traitement interne n'amenèrent aucune amélioration. Le passage le plus doux des bougies provoquait le frisson. La vessie, n'admettant que quelques gouttes de liquide, rendait les injections inutiles, et, malgré le succès du régime lacté sur l'estomac, l'état local restait des plus graves.

L'uréthrotomie externe fut pratiquée, le 16 mai, avec le thermo-cautère. Une sonde en gomme rouge n° 19, placée à demeure, fut bien supportée, et la plaie se cicatrisa bien. Le 25 juillet, il n'existait plus qu'une fistulette, donnant une goutte d'urine dès que la sonde était enlevée. Les souffrances apparaissaient aussitôt et forcèrent ainsi, à plusieurs reprises, de la replacer et même de la laisser débouchée pour l'écoulement continu de l'urine. La vessie continuait à être des plus intolérantes. Le malade s'affaiblit graduellement et mourut en pleine connaissance, comme un phthisique, le 12 septembre, quatre mois après l'uréthrotomie externe.

Aucune autre lésion que celles de la vessie ne put expliquer la mort. Rétracté sous la symphyse, cet organe formait une saillie à peine visible, comme celle d'une noix, sous le péritoine. D'une dureté remarquable au toucher, son volume n'excédait pas celui de l'utérus, et sa cavité ne pouvait admettre qu'une noisette. Ses parois avaient 15 millimètres d'épaisseur, étaient dures et comme sclérosées à la coupe, ainsi que le tissu périvésical et les vésicules séminales. Muqueuse lisse, injectée et d'un rouge vif, sans hypertrophie des fibres musculaires, comme dans les vessies à

rétention et à stagnation. Une couche de tissu fibreux blanc, lardacée, existait sous la muqueuse, avec des travées de même apparence pénétrant dans la substance musculaire.

Des lésions analogues se propageaient aux uretères, très dilatés jusqu'à la moitié de leur hauteur. L'hyperémie s'étendait jusqu'aux bassinets, moins dilatés. Les reins, bosselés, étaient de volume normal. Du pus était disséminé dans tous ces organes.

L'hyperémie vésicale s'étendait de même à la prostate, sans hypertrophie ni dilatation du col vésical.

Ce n'était donc pas là de l'hypertrophie vésicale, comme les auteurs classiques désignent ces cas. Seul, le docteur Jean fait exception, en les réservant. Dans certains cas de cystite chronique s'accompagnant de pyélo-néphrite, on trouve, dit-il, une diminution de la cavité du réservoir urinaire. Il n'y a pas alors stagnation d'urine, la vessie est intolérante et ne peut supporter que quelques grammes de liquide; les mictions ont lieu à chaque instant avec une force de projection assez grande. (*De la rétention incomplète d'urine*, thèse inaugurale, Paris, 1879.)

L'impossibilité de la rétention, de la stagnation de l'urine est donc la distinction clinique de ces cas, de même qu'au point de vue anatomique le défaut d'hypertrophie des fibres musculaires en est le caractère. Cette hypertrophie avec sclérose existe toujours dans la cystite avec rétention et porte spécialement sur la couche interne chez les prostatiques. Elle soulève la muqueuse, comme dans le catarrhe chronique, ou bien n'envahit que la couche externe de la couche musculaire, comme chez les rétrécis. Rien de semblable n'existait dans le cas actuel.

Histologiquement, la différence est encore plus tranchée, suivant M. Reynier. Les éléments inflammatoires : cellules embryonnaires, fibres conjonctives nouvelles, sont d'autant plus nombreux dans la cystite avec rétention et stagnation que l'on se rapproche de la muqueuse. On peut suivre ainsi la marche de l'inflammation de dedans en dehors. Au contraire, dans le fait actuel, toutes les tuniques vésicales étaient uniformément altérées et les traces d'inflammation aussi manifestes intérieurement qu'extérieurement, l'induration du tissu périvésical et des vésicules séminales en est la preuve. L'inflammation est donc bien plus générale, pro-

fonde et rapide ici que là. C'est une cystite interstitielle se généralisant rapidement, tandis qu'elle est lentement progressive dans les cas de rétention d'urine. Les mictions fréquentes, répétées, et l'extrême intolérance de la vessie seraient donc les signes indiquant spécialement la cystotomie des chirurgiens anglo-américains. (*Arch. de méd.*, janvier.)

Cystite du col. Voici la médication indiquée et suivie par le docteur Diday, de Lyon :

Boire trois ou quatre fois par jour un grand verre de tisane de lin émulsionnée d'orgeat, de manne, de feuilles d'oranger, de queues de cerises, de pariétaire, de marchantia, d'eau d'Evian ou de Contrexéville.

Délayer, dans chaque verre de tisane, l'un des paquets suivants :

Sucre pulvérisé.....	15 gr.
Poudre de feuilles de jusquiame.....	2

Mêlez, faites 20 paquets.

On produit ainsi une narcose lente, insensible, que l'on favorise par des onctions au périnée avec une pommade belladonée ou par un suppositoire rectal avec un ou deux décigrammes d'extrait de belladone. Si la douleur persiste, on peut porter les narcotiques jusqu'à dose toxique en exerçant une active surveillance. Le café est l'antidote de la jusquiame.

Appliquer au bas des reins un emplâtre stibié de 10 centimètres de côté; ne l'ôter que lorsqu'il aura produit quelques boutons. Résister à l'envie de pousser fortement les dernières gouttes d'urine; précepte important et dont la pratique exerce une influence immédiate et heureuse sur le ténesme et l'exhalation sanguine. (*Lyon méd.*)

Instillations de nitrate d'argent. Elles sont pratiquées directement sur le col enflammé par le professeur Guyon, depuis une dizaine d'années, avec une solution au 50e. Il se sert à cet effet d'une seringue analogue à celle de Pravaz, munie à son extrémité pénétrante d'un explorateur en gomme formé par une boule olivaire et perforé dans toute son étendue. Elle est assez volumineuse pour qu'à la liberté de

l'instrument on soit averti de son entrée dans la vessie. Dès qu'elle est parvenue à la région prostatique, il suffit de faire jouer le piston, et, chaque tour de celui-ci correspondant à une goutte de liquide, ou instille 20, 25 ou 30 gouttes, à volonté.. Le liquide agit sur place, directement, en s'étalant sur le col vésical enflammé, sans être projeté au dehors, à moins que l'instillation n'ait été faite en avant ou au niveau de la région membraneuse. Il n'agirait pas non plus s'il était injecté dans la vessie, où il se mélangerait avec l'urine.

On doit toujours agir avec une très grande lenteur, car on provoquerait un spasme de la région membraneuse qui arrêterait la boule et amènerait une miction immédiate avec rejet du liquide caustique. Les douleurs ne sont pas très vives et n'apparaissent guère qu'au moment de la miction. La durée du traitement est relativement très courte; sept à huit jours en moyenne suffisent généralement pour faire cesser hématurie, douleurs, spasmes, envies fréquentes d'uriner et épreintes convulsives après la miction.

S'il n'y a pas amélioration prompte des symptômes, c'est que l'on n'a pas affaire à une cystite simple du col. Le traitement par les instillations de nitrate d'argent au niveau du col guérit rapidement la cystite blennorrhagique. Toutes les fois que la guérison ne sera pas rapide et complète, il y aura une lésion autre que la cystite franchement inflammatoire, par exemple une cystite tuberculeuse. Dans les cas douteux, les instillations seraient un excellent critérium pour reconnaître la nature de l'affection. (*France méd.* et *Gaz. des hôp.*, mai 1879.)

Cystite de la grossesse. Voy. *ce mot.*

CYSTOCÈLE INGUINALE. A la variété secondaire par glissement de cette hernie de la vessie dans le scrotum, si clairement décrite par Verdier, M. Leroux admet un autre mécanisme par bascule, d'après une observation recueillie dans la clinique du professeur Verneuil et une autre publiée par Kronlein et qu'il rapporte à l'appui de sa théorie. Dans ces deux cas, en effet, la vessie herniée était recouverte de son péritoine, lui formant un nouveau sac dans le sac lui-même. La partie postérieure de la vessie, avec ses annexes,

devient ainsi antérieure; elle sort entièrement de l'abdomen, et l'on comprend que le diamètre de l'anneau inguinal acquière des dimensions considérables. Il n'avait pas moins de huit centimètres dans le second cas.

Autant le mécanisme par glissement de la cystocèle consécutive est simple et compréhensible, suivant Verdier, autant celui par bascule est obscur et compliqué. A moins d'admettre des adhérences anciennes avec l'intestin hernié, on ne peut comprendre ce renversement total, cette culbute de la vessie. N'est-il pas plus vraisemblable que le glissement a lieu dans les deux cas, et que de l'excès, de la totalité même de l'issue du réservoir urinaire avec le péritoine adhérent résultent ces nouveaux caractères d'antéversion, par le fait même de l'amplitude et des contractions qui ont lieu pour l'émission de l'urine?

Le volume extrême de cette hernie, se confondant dans les deux cas avec une masse d'intestin et d'épiploon qui lui donnait le volume d'une tête d'adulte, est donc le caractère clinique le plus saillant de cette variété. Des troubles urinaires, en fréquence et en quantité, l'accompagnent forcément par ce déplacement et les tiraillements opérés sur les reins. De là la douleur de ces organes. En dehors de ces signes, le diagnostic est si difficile qu'il n'a pu être fait dans aucun de ces deux cas que par l'opération et l'autopsie.

Les caractères de la cystocèle inguinale secondaire et compliquée de la hernie antéro-épiplocélique diffèrent complètement de la cystocèle primitive et isolée. Ceux-ci sont aussi simples et clairs que les autres sont obscurs, masqués qu'ils sont par les parties solides. Ne pourrait-on pas tirer cependant un enseignement clinique de ces deux faits méconnus? ce serait de mesurer comparativement le volume de la hernie avant et après la miction ou le cathétérisme. Et, de même que le cocher allemand a déclaré qu'il urinait plus facilement quand il comprimait ses bourses avec les mains, ne serait-il pas aussi d'une bonne pratique de recourir à cette épreuve pour asseoir son diagnostic? C'est en perdant de vue tous ces petits détails, dans la nouvelle école, et en ne voyant que la néphrite, que l'on néglige de différencier le contenu d'une hernie si volumineuse, au point de confondre la partie solide avec la partie liquide, la vessie avec l'intestin. Il suffira, en pareil cas, de

s'inquiéter des troubles urinaires, d'en étudier le mécanisme, pour ne pas retomber dans ces grossières erreurs, probablement plus communes qu'on ne le suppose. (*Revue mensuelle*, n° 5, mai.)

D

DERMATOLOGIE. Dans l'impossibilité de ranger sous un nom précis diverses affections de la peau que les observateurs n'ont pu même étiqueter plus précisément, nous les placerons sous ce titre générique. Tels sont les tumeurs multiples de la peau, certains sarcomes désignés d'après leurs caractères histologiques. Le cas suivant, observé par M. Vidal, en est un exemple frappant.

Femme de trente et un ans, extrêmement nerveuse, réglée difficilement à treize ans et demi; à quatorze ans, début de la maladie par une urticaire, à laquelle ont succédé des taches rouges sur la peau, devenant violacées à la moindre impression de froid ou à la moindre émotion, taches multipliées aux membres supérieurs, à la face, au tronc, mais respectant les jambes, qui sont seulement atteintes d'une dilatation veineuse superficielle. Le caractère le plus curieux est la relation de cet état de la peau avec le système nerveux, dont la moindre excitation suffit à augmenter l'érythème. La peau présente un état mamelonné dont les saillies se dépriment et s'affaissent sous la pression, comme des tumeurs érectiles, et sont le siège de démangeaisons plus ou moins vives. De là le nom provisoire de *tangélectiasie* qu'il lui a donné.

M. Vidal a réussi à modifier l'aspect de la face au moyen de scarifications linéaires.

Jusqu'ici, ce cas paraît unique, sauf celui d'un médecin napolitain observé chez une fillette de onze ans, au moment de la menstruation. Il est désigné comme une *dermatose veineuse* générale et idiopathique. Bazin avait autrefois donné le nom de *lichen lividus* à cette éruption, mais elle n'a nullement le caractère lichénoïde. L'examen histologique serait donc indispensable pour la classer définitivement, bien que, en raison même de l'influence nerveuse sur

cette éruption, il soit peut-être difficile de se prononcer catégoriquement.

M. Hillairet conseille, comme traitement, l'essai d'une compression avec la tarlatane plâtrée, qui lui a donné des résultats remarquables sur un nez variqueux. Il ne s'agit que de surveiller l'appareil contre les accidents possibles de gangrène. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 juin.)

Altération des nerfs cutanés. L'examen d'une plaque de *vitiligo* fait par M. Leloir lui a montré une grande quantité de tubes nerveux présentant les lésions de la névrite atrophique. Le cylindre-axe de quelques-uns avait complètement disparu; la myéline était fragmentée en gouttelettes et même entièrement absente en certains points, avec multiplication notable des noyaux et matière jaunâtre dans le tube nerveux. Ceux-ci étaient beaucoup moins nombreux que les autres et dégénérés complètement, par la disparition totale de la myéline, avec gaine vide monoliforme. Ce processus avait donc été extrêmement lent.

Un morceau de peau d'*ichthyose serpentine congénitale*, pris sur un malade de l'hôpital Saint-Louis, a montré des altérations analogues. Après macération dans l'acide osmique, un grand nombre des tubes nerveux présentaient une dégénération presque complète, avec les lésions ultimes de la névrite atrophique, précédemment relatées. (*Acad. des sciences*, décembre 1879.)

Au-dessous d'une pustule d'ecthyma et dans un rayon d'un centimètre autour, chez un homme qui venait de succomber à une paralysie générale, les tubes nerveux étaient altérés dans la proportion de deux à trois sur dix. La myéline était segmentée, le cylindre-axe disparu; gonflement des noyaux et apparition d'une substance se colorant en jaune par le picro-carminate. M. Dejerine a constaté des lésions semblables dans le pemphigus. (*Soc. de biol.*, janvier.)

Scarifications linéaires de la peau. Les succès qu'en a obtenu le docteur Vidal contre le lupus l'ont incité à les employer contre d'autres affections cutanées rebelles. Un homme était atteint, depuis dix ans, d'une séborrhée huileuse du nez extrêmement prononcée, qui avait résisté à tous

les traitements. Une rougeur très intense le défigurait. Les scarifications faites à un millimètre ou un millimètre et demi de profondeur, séparées par une distance égale, amenèrent une amélioration si rapide que le malade consentit à plus de 40 séances pour être complètement débarrassé de cette infirmité. Aucune cicatrice ne peut faire soupçonner ce traitement. L'acné fluente en serait donc justiciable au même titre.

Un eczéma pilaire de la lèvre supérieure, avec fissures de l'orifice nasal et de tubercules plus ou moins volumineux, a été guéri de la même manière, sans épilation préalable et avec le même succès. Six séances de scarifications en trois semaines suffirent à amener la guérison. Si ces scarifications assez douloureuses étaient insupportables, on pourrait recourir à l'anesthésie locale pour leur emploi. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, février.)

Traité pratique des affections cutanées ou maladies de la peau, basé sur un nouveau traitement, par le professeur Ch. Brame de Tours. Fascicule in-4° de 125 pages avec une planche de l'eczéma en chromo-lithographie.

La facture de ce travail diffère entièrement, dans le fond et la forme, des ouvrages scientifiques. Ce sont des énonciations sommaires, sans démonstration. Il se réfère aux auteurs classiques quant à leurs divisions, leurs classifications, et en rejette sans preuves les principales doctrines, comme l'hérédité, la diathèse, le traitement interne, l'usage des bains, etc. Localisateur exclusif, M. Brame reconnait et proclame que le siège de la plupart de ces affections est encore indéterminé, et cependant il n'emploie qu'un traitement externe. Une statistique de plus de 700 cas de guérison est invoquée à l'appui de son efficacité, — 585 d'affections non parasitaires, 85 d'affections parasitaires et le surplus de lésions diverses de la peau — et aucune des nombreuses citations données ne contient la date ni les caractères cliniques de la maladie, seules preuves d'une observation authentique. Il ne s'agit jamais que du traitement local et de la guérison, guérison toujours rapide, surprenante, merveilleuse, à l'encontre de ce qui s'observe généralement. Le traitement même n'est pas précisé. Les mêmes moyens s'appliquent indifféremment aux affections les plus disparates, et

le formulaire de ce traitement si précieux est résumé à la fin en quelques lignes. C'est donc à n'y rien comprendre du commencement à la fin, car cet ouvrage ne peut être d'aucun enseignement pratique pour les lecteurs, pas plus pour les étudiants que pour les praticiens.

DIPHTHÉRITE. Ses ravages croissants en Russie ont mis le gouvernement en mesure d'agir contre elle. Elle a pénétré en Pologne et envahit spécialement les écoles. Le collège de Chelm a eu plusieurs victimes. D'après le professeur Jacobi, elle est particulièrement fatale aux enfants et se propage non seulement par contact immédiat, mais aussi par les vêtements des malades. De là la prescription, par la Faculté de Kharkow, d'isoler ceux-ci et de détruire ceux-là. Des maisons de refuge sont aussi préparées pour les malades. Les cérémonies religieuses sont même soumises à des mesures de précaution.

Cette maladie sévit de préférence dans les localités humides et marécageuses, les maisons mal ventilées et encombrées. De là l'indication de marquer d'un papier jaune, écrit ou imprimé, la porte des maisons infectées. Des détachements sanitaires de la Société de la croix rouge ont été envoyés dans les districts de Poltawa, où elle sévit avec le plus d'intensité, pour exécuter les précédentes prescriptions. La mortalité, qui était de 40 pour 100 la première année, s'est ainsi graduellement élevée depuis à 60 et même 85 pour 100 dans certaines localités. La *Gazette de Kiew* dit qu'il en est où tous les enfants, au-dessous de six ans, ont été enlevés.

Tels ont été les ravages de cette épidémie du 27 janvier au 13 mars que, sur 269 villages du gouvernement de Poltawa, dont la population est de 451 937 habitants, 908 nouveaux cas de diphthérite ont été constatés avec une mortalité de 520.

Sa décroissance graduelle est au contraire manifeste à Paris. De 1799 pour les neuf premiers mois en 1877, les décès ont tombé à 1630 en 1879 et à 1571 en 1880 pendant le même temps. Il est vrai que, cette année, les décès par le croup ont été de 210 sur 296 cas dans les hôpitaux. Preuve de son extrême malignité.

Albuminurie. Elle a une si grande importance sur la gravité de la maladie et importe tant au pronostic que le docteur Archambault en fait la recherche journalière sur tous ses diphthéritiques. Sa disparition rapide est d'aussi bon augure que sont mauvais sa persistance ou son retour et son augmentation, après la trachéotomie surtout. Il soumet ainsi tous ses albuminuriques au régime lacté pur, en boisson, potages et chocolat au lait. Le résultat en a été assez satisfaisant pour y soumettre au début même ceux qui ne le sont pas. (*Journ. de médecine et chir. prat.*, juillet.)

Lésions rénales. Dans deux cas où aucune maladie antérieure ni concomitante ne pouvait avoir produit les lésions rencontrées à l'autopsie que le poison diphthéritique, M. Brault constata des lésions très analogues à celles de l'empoisonnement par la cantharidine (Voy. NÉPHRITE CANTHARIDIENNE). Les lésions, plus apparentes dans le second cas que dans le premier, ne pouvaient être soupçonnées à l'œil nu; il n'existait qu'une congestion générale. Mais des recherches microscopiques très minutieuses faites sur les reins de cinq victimes de la diphthérite albumineuse lui ont montré, outre cette congestion, une poussière granuleuse des cellules des tubes contournés, paraissant de nature hématique, ce qui indiquerait une altération primitive du sang.

L'intensité de l'exsudat rencontré permettrait d'expliquer l'anurie qui s'observe parfois et qui peut aller jusqu'à produire l'urémie, d'après Béhier. Ces lésions s'observent d'ailleurs dans d'autres maladies infectieuses. (*Soc. de biol.* et *Journ. de l'anatomie*, novembre.)

Dangers de l'accumulation des malades. Ils semblent exister pour la diphthérite comme pour la variole en particulier. 29 décès se sont ainsi produits, pendant les mois de janvier et février, dans le quartier des Quinze-Vingts, avoisinant l'hôpital des enfants Sainte-Eugénie à Paris. Au lieu d'avoir un quarante-cinquième des morts par diphthérite, suivant sa population, soit 7,4, c'est donc quatre fois davantage que la moyenne générale. Le docteur Bertillon admet que ce surcroît est causé par la propriété diffusible des agents de propagation que renferment les hôpitaux, comme cela est

rendu de plus en plus évident pour la variole. (*Bull. de statistique municip.*)

Quinze cas en ayant été observés exceptionnellement par le docteur Daly dans l'espace d'un mois, il a été frappé de les rencontrer presque exclusivement dans des familles sans rapports entre elles, mais vivant dans des conditions insalubres identiques par l'usage d'une citerne unique pour l'eau à boire et à laver et la communication directe de la cuisine avec les lieux d'aisances.

Néanmoins, en faisant isoler les malades et en prescrivant à ceux qui les entouraient de désinfecter largement l'atmosphère avec l'acide phénique et de se gargariser fréquemment avec la liqueur Condy, il n'observa que peu de cas de contagion. Dans une famille de 11 membres, un seul fut frappé, et dans une autre de 8, il y en eut deux. Il est vrai que la maladie n'était pas très-grave en général, car il n'y eut que deux morts et aucun des survivants ne fut frappé de paralysie consécutive. L'observation de ces mesures peut donc être avantageuse. (*Lancet*, 11 novembre.)

Prophylaxie. Elle consisterait, suivant le docteur Gellé, dans l'examen périodique de la gorge des enfants, surtout chez ceux qui vont à l'école, en pension ou au collège, car, lorsque le médecin examine le diphthéritique dans son lit, il présente déjà, depuis plusieurs jours, des manifestations nasales ou pharyngiennes sournoisement développées. C'est durant cet intervalle de l'incubation de la maladie que les enfants allant en classe peuvent la communiquer et la communiquent en effet, sans que l'on en connaisse souvent la source.

Action topique du bromure de potassium. Les succès si vantés de ce sel par MM. Bouchut et Peyraud ont été contrôlés par le docteur Cadet de Gassicourt sur 25 diphthéritiques, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pendant les mois de janvier et février derniers. Les croups en avaient été soigneusement séparés, ainsi que les cas d'angines désespérées, afin de savoir mieux à quoi s'en tenir sur la valeur de ce médicament. Il était employé en applications topiques, soit sous forme de cristaux, soit de solution ou en pulvérisations aqueuses.

Or, de ces 25 malades, 7 sont morts, et c'étaient tous des cas de diphthérite toxique. Les 18 autres étaient bénins, dont

la moitié accompagnés de croup léger. Tous ont guéri, et c'est ainsi qu'en rencontrant ces cas où le mal est limité à la gorge, sans extension au larynx, à la trachée ni aux bronches, tous les remèdes guérissent. La glace, le cubèbe, le perchlorure de fer, le chlorate de potasse, le nitrate d'argent, l'acide salicylique ont également réussi dans ces cas, et c'est ainsi qu'ils ont été prônés de bonne foi, comme des spécifiques ; mais ils échouent le plus souvent aussi, comme le brome et le bromure de potassium, contre la diphthérite généralisée ou toxique, maligne.

Après cette épreuve solennelle, il n'y a donc pas de meilleurs effets à en attendre, dans ces cas graves, que de tous les autres. Une médication générale convient alors mieux qu'un traitement topique local et a plus de chances d'amener la guérison. (*Soc. méd. des hôpitaux*, avril, et *Bull. de thérap.*, 30 août.)

Acide tartrique. C'est le topique le plus actif, suivant M. Vidal, car il réduit rapidement la fausse membrane à l'état gélatineux. Des fausses membranes épaisses, plongées dans la solution suivante, n'ont plus formé qu'une masse pulpeuse :

℞	Acide tartrique	10 gr.
	Eau distillée de menthe	25
	Glycérine	25
	Mêlez.	

Badigeonner les parties malades toutes les trois heures, et faire des lotions dans l'intervalle avec du jus de citron. (*Soc. de thérap.*, 22 mai.)

Action du benzoate de soude. En administrant ce sel à douze malades adultes, suivant la méthode du docteur Letzerich (Voy. *année* 1879), le docteur Kien dit les avoir tous guéris. Il attribue cet avantage aux propriétés antiseptiques de ce sel, qui les réalise mieux que l'acide phénique. Bien supporté par les malades, il peut être donné à haute dose sans inconvénient, de façon à en saturer l'organisme, et être continué fort longtemps sans aucun danger.

Localement, il exerce sur les produits diphthéritiques une action antiseptique directe et dissolvante, sans cautériser

ni produire de croûte sous laquelle les micro-organismes pourraient continuer à pulluler.

A l'intérieur, il détruit l'agent septique et arrête tous les désordres que celui-ci est en voie de déterminer dans le sang et les tissus : la résultante en est la chute de la fièvre et le retour des grandes fonctions à leur jeu normal.

Il est donc jusqu'à nouvel ordre, pour l'usage interne, le médicament antiseptique par excellence. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, janvier.)

Injections de coaltar. Une émulsion au 20e est employée par M. Bouchut à l'hôpital des Enfants, de la manière suivante, avec une simple seringue à hydrocèle. La tête du malade étant tenue inclinée au-dessus d'une cuvette et le corps recouvert d'une cuirasse de coton, on fait ouvrir la bouche et on lance le jet aussitôt avec une certaine force pour détacher plus sûrement les fausses membranes. La suffocation n'est pas à craindre. Le nombre de ces injections varie selon l'intensité de l'angine : toutes les heures dans les cas graves et de moins en moins souvent dans les autres.

Le traitement interne, toujours précédé d'un purgatif, renouvelé au besoin, se compose du mélange suivant :

℞ Cognac	60 gr.
Salicylate de soude	3

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Traitement local de l'angine diphthéritique par les injections directes de coaltar saponiné; par le docteur John Lemoine. Brochure in-8° de 40 pages. Paris, 1879.

DIURÉTIQUES. La polyurie obtenue par les injections d'eau sucrée (Voy. *année* 1879) a incité MM. Richet et Moutard-Martin fils à continuer leurs expériences pour en confirmer les résultats. Ils ont constaté que l'eau distillée, injectée dans les veines, loin d'être diurétique, arrête la sécrétion ordinaire, même à la dose de 10 grammes par kilogramme de l'animal. A 5 grammes seulement, elle diminue la sécrétion sans l'arrêter. A dose plus forte, l'arrêt est définitif, et la fonction du rein ne peut plus être rétablie.

Toutes les substances qui, accidentellement ou normalement, passent dans l'urine, sont diurétiques dès qu'elles se trouvent dans le sang en quantité supérieure aux proportions normales. En effet, leur élimination entraîne celle d'une certaine quantité d'eau.

Le début de la diurèse coïncide exactement avec celui de l'élimination.

Que ces substances soient injectées concentrées ou diluées, le résultat est à peu près le même au point de vue de l'excrétion urinaire, car la polyurie paraît due uniquement à l'élimination des sels injectés. D'où cette prévision que, au point de vue thérapeutique, les médicaments diurétiques doivent être surtout recherchés parmi les substances qui se trouvent normalement dans l'urine (urée, chlorures, phosphates) ou les substances qui y passent facilement comme le sucre. (*Acad. des sciences*, janvier.)

Toutes ces expériences et ces prévisions, d'une si grande portée thérapeutique, auraient bien plus de valeur si elles étaient appuyées de quelques essais chez l'homme. Comment se fait-il que les pères de ces jeunes expérimentateurs, ayant de grands services à leur disposition, ne leur fournissent pas les moyens de contrôler ces prévisions. Est-ce que leur confiance ne va pas jusque là ?

Stigmates de maïs. Outre leur action sur la cystite, le catarrhe vésical et la gravelle, c'est-à-dire sur la vessie même (Voy. GRAVELLE, 1879), le docteur Landrieux leur attribue une action diurétique sur le rein, démontrée par plusieurs observations recueillies à l'hôpital Beaujon, service de Gubler.

Un malade couché salle Saint-Louis, n° 8, était atteint de cirrhose, avec épanchement ascitique abondant. On lui administra trois cuillerées à soupe de sirop d'extrait de maïs fait avec une infusion de 8 grammes de stigmates pour 500 grammes d'eau.

La quantité des urines, à peine de 500 grammes par jour, s'éleva progressivement et rapidement à 800 et jusqu'à 12 et 1500 grammes. L'amélioration survint bientôt; le liquide épanché dans le péritoine disparut, et, quatre semaines après le début de cette médication, on ne pouvait plus constater qu'une très légère submatité, limitée aux parties les plus inférieures de la cavité péritonéale.

Le fait principal, c'est la tolérance remarquable avec laquelle cette médication fut supportée : pas de nausées, pas de vomissements, aucun trouble digestif et cependant effets thérapeutiques incontestables. Un mois après, ce malade pouvait remplir, dans le service, les fonctions d'infirmier. Le régime alimentaire n'avait pas eu à subir, ce qu'il redoutait beaucoup, une nouvelle condamnation passagère, à l'usage exclusif du lait, si difficilement supporté dans certains cas.

Un autre malade, au n° 15 de la salle Sainte-Marthe, était atteint d'une asystolie très prononcée, avec œdème considérable des membres inférieurs, ascite énorme, congestion pulmonaire et rénale, se traduisant par une diminution considérable de l'excrétion urinaire et la présence d'une petite quantité d'albumine. Les toniques furent d'abord administrés, en même temps que l'infusion de digitale. Mais, en raison même de l'albuminurie secondaire, la digitale détermina promptement ses effets toxiques et n'exerça, en revanche, aucune action diurétique.

Enhardi par les résultats précédents, j'ordonnai les préparations de stigmates de maïs, et la quantité d'urine monta progressivement. De 200 grammes, en vingt-quatre heures, elles s'élevèrent à 500, puis 800 grammes, en même temps que s'amendaient les phénomènes dus à l'asystolie ; l'œdème des membres inférieurs, l'ascite, l'œdème pulmonaire s'affaiblirent progressivement, et l'albumine disparut. Cette observation est extrêmement remarquable par les résultats obtenus, car la malade était âgée de 68 ans, et l'examen du système artériel traduisait cependant une athéromasie des plus manifestes.

De ces observations résulte donc ce fait évident : que les stigmates de maïs exercent une action diurétique dans les cas où la quantité des urines excrétées est au-dessous du chiffre normal. Mais en est-il de même dans l'état de santé? Plusieurs expériences et analyses faites à l'hôpital Saint-Eugénie, par M. Ledos, sont à cet égard des plus concluantes. Chargé d'un service en 1879, il fit prendre à de jeunes enfants, âgés de douze à quinze ans et qui étaient entrés pour quelques plaques d'eczéma circonscrit, les préparations de stigmates de maïs, dont voici les résultats :

	Avant.	Après.
Quantité d'urine	850 gr.	1200 gr.
Densité	101	1011
Réaction	Neutre.	Alcaline.
Urée par litre	15 gr. 116	8 gr. 326
Acide phosphorique anhydre	1 gr. 300	0 gr. 82
Urine du 15 septembre	1050 gr.	
Urine du 16 septembre	1000	

Dans un autre cas, de 1500 grammes, les urines, cinq jours après l'emploi de la médication, s'élèvent à 1800 grammes, le régime alimentaire n'ayant été nullement modifié. Dans ce fait, la quantité d'urée n'avait subi, contrairement à l'analyse précédente, qu'une très légère modification. Du reste, les analyses chimiques n'ont pas encore été assez nombreuses pour en tirer des conclusions suffisantes sur le mode d'action de ce médicament.

Le *Dictionnaire des analyses chimiques* donne les chiffres suivants de deux analyses. Les cendres de maïs (graine) donnent 0,189 de potasse pour 100 ; les cendres de tiges donnent la quantité énorme de 11,46 de potasse et 34,41 de soude pour 100.

On est donc encore obligé de se tenir sur la réserve, tout en admettant l'action incontestable d'une semblable quantité de potasse et de soude combinées. Une résine spéciale existe-t-elle dans les stigmates ? Cela peut être vraisemblable, mais n'est pas encore démontré. Il est donc prudent de se borner aux conclusions suivantes à ce sujet :

1° Non seulement les préparations diverses de stigmates de maïs sont utiles comme agent modificateur des sécrétions des voies urinaires, mais ces mêmes préparations peuvent être également considérées comme un agent diurétique incontestable.

2° La diurèse s'obtient rapidement, et, dans l'espace de trois à quatre jours, l'augmentation des urines devient évidente et considérable.

3° Les effets diurétiques s'observent non seulement dans les maladies des organes de l'excrétion urinaire, mais aussi dans les perturbations apportées à la circulation sanguine.

4° Le pouls se régularise, la tension artérielle augmente, alors que la tension veineuse diminue.

5° Le médicament n'exerce aucune perturbation soit sur le système nerveux, soit sur les fonctions du tube digestif.

6° La tolérance pour ce médicament est complète, absolue, et la médication, dans les maladies chroniques, peut être continuée sans inconvénient pendant un mois, six semaines. (*Journ. de thérap.*)

DRAINAGE. *Nouveau tube en os.* Imaginé par Neuber et approuvé par Esmarch, ce nouveau drain aurait l'avantage, comme le catgut, d'être absorbé par les tissus récemment divisés et en voie de granulation plastique. L'usage n'en a été rendu public qu'après trente-six applications, dont voici les résultats. Placé dans une plaie fraiche chez un sujet sain, ce tube en os ne présente aucun changement appréciable le premier jour; mais sa surface externe perd bientôt après sa dureté et offre une apparence vermoulue, et il diminue graduellement d'épaisseur, comme par une lente fusion. Sa solidité est si diminuée du quatrième au cinquième jour qu'il plie sous la pression, et, du sixième au septième, il est réduit à une masse pulpeuse plus ou moins cylindrique. Toute trace tubuliforme a disparu dès le dixième, excepté la partie exempte de l'action des tissus vivants et qui tombe ordinairement dans les pièces de pansement au delà de ce terme. La rapidité de l'absorption varie suivant la constitution de l'individu et l'état de la plaie. Dans une amputation de jambe chez un albuminurique très affaibli par une longue maladie, le tube n'était pas absorbé au quinzième jour, quoique la plaie fût réunie presque entièrement par première intention. Au contraire, dans un cas d'excision d'une grande partie du scrotum, chez un individu vigoureux, le tube était complètement absorbé le dixième jour. Il disparaît ainsi plus rapidement dans les plaies suppurantes et convient spécialement à celles qui n'exigent que de rares pansements, sa présence ne déterminant aucune irritation. (*Archiv fur klin. Chirurg.*, t. XV.)

Employé par le docteur Bantock à l'hôpital de la Samaritaine, après l'excision d'un sarcome kystique du sein chez une fille de trente-sept ans, ce drain a parfaitement confirmé tous les résultats annoncés. Le pansement n'a été levé que le septième jour, et, n'eût été l'anxiété du chirurgien, il eût pu rester une quinzaine. La cicatrisation était

si parfaite que la peau glissait sur les tissus sous-jacents ainsi que le tube. La seule différence, c'est que sa présence était encore perçue le vingt-sixième jour, avec son volume primitif, quoique ramolli. Est-ce un bienfait qu'il se soit ainsi organisé, au lieu d'être absorbé ou excrété? Le résultat fut très satisfaisant, car les lèvres de la plaie étaient parfaitement réunies dès le vingt-quatrième jour. L'opérée ne ressentit pas le moindre trouble ni même le sentiment du contact de ce corps étranger, et le cours de la cicatrisation peut se comparer favorablement avec celle qui est obtenue par les autres méthodes de drainage, où le tube est retiré dès le cinquième jour.

Ce tube convient-il de même dans toutes les opérations? Des trois ovariotomies où le docteur Neuber l'a employé, une seule a guéri. Employé une seconde fois par M. Bantock dans une kélotomie, ce tube s'est organisé, comme dans le premier cas, fermement fixé dans les tissus et très perceptible au toucher. Il faut donc attendre les suites pour se prononcer. (*Lancet*, 1er mai.)

Ces tubes-drains avec les os décalcifiés sont très en usage dans l'Inde anglaise, d'après M. Deakin, et il est plus facile de se les procurer que tout autre. La manière de les préparer est beaucoup plus simple que la méthode indiquée par le docteur Neuber dans la chirurgie antiseptique de Mac Cormac. Voici ce procédé simple :

Les os longs des membres de la volaille et des petits oiseaux, recueillis par les cuisiniers, sont d'abord soumis à l'ébullition prolongée pour en séparer les parties molles, puis macérés pendant dix heures, pas plus, dans une solution d'une partie d'acide chlorhydrique pour deux d'eau. Ils sont alors suffisamment mous et flexibles pour être taillés avec des ciseaux, et le canal médullaire étant nettoyé avec une petite broche et soutenu par ce corps étranger, on les fait bouillir dans une solution d'acide phénique à 5 pour 100 avec addition de borax. Séchés, ils sont d'une introduction facile dans les plaies et assez fermes et résistants pour que la lumière en reste perméable. (*Idem*, 30 octobre.)

Drainage péritonéo-abdominal. Voy. OVARIOTOMIE.

DYSMÉNORRHÉE MÉCANIQUE. *Incision bilatérale ou ablation du col.* Les signes distinctifs de cette forme spéciale de menstruation douloureuse sont, d'après le docteur Hardon, des coliques ou douleurs expulsives, douze à vingt-quatre heures avant l'apparition du sang, et l'expulsion douloureuse de caillots pendant l'écoulement des règles. Trois causes principales y sont attribuées : la sténose ou étroitesse du canal cervical, la flexion du col sur lui-même ou sa longueur anormale. Ces altérations mécaniques, en causant des douleurs insupportables, obligent les femmes à garder le lit pendant deux ou trois jours, comme six observations rapportées à l'appui en témoignent. Ce sont quatre femmes mariées de vingt-huit à trente-quatre ans, restées stériles, et deux célibataires du même âge.

Un col petit, long et conique, et une ouverture externe admettant à peine le stylet, furent les seules difformités constatées. Dans un cas seul, l'allongement du col était de 5/8 de pouce, et, dans un autre, il était courbé à angle aigu sur lui-même, l'ouverture placée en avant contre la paroi vaginale.

Au lieu de tenter préalablement la dilatation du canal, M. Hardon a traité quatre de ces cas par l'incision bilatérale du col, avec des ciseaux ou le bistouri, suivant la méthode de Sims. Il se borna même dans un cas à diviser au milieu la lèvre postérieure. Il place ensuite, dans l'ouverture agrandie, un tampon de ouate fixé à demeure et renouvelé tous les deux jours. La femme étant maintenue au lit, la cicatrisation s'opère en douze à quinze jours. Dans un seul cas, il amputa les deux lèvres.

Les résultats ont été des plus satisfaisants. Dès la menstruation suivante, les douleurs ont diminué et les caillots ont disparu. L'une des quatre nullipares, opérée le 28 juillet 1875, et mariée depuis sept ans, est devenue enceinte quatorze mois après l'opération. Cependant l'auteur ajoute que cet heureux résultat ne doit pas être donné comme un fait constant, sans s'exposer à de nombreux mécomptes, les trois autres femmes ne l'ayant pas encore obtenu deux ou trois années ensuite.

Cette opération est conseillée toutes les fois qu'il n'y a pas d'autres lésions de l'utérus expliquant la dysménorrhée. Elle est pratiquée du cinquième au sixième jour après

les règles, afin de permettre la cicatrisation complète avant leur retour. La douleur étant très légère, l'anesthésie n'est nécessaire que chez les femmes pusillanimes. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 19, novembre 1879.)

DYSPEPSIES. L'*hyperesthésie* en est un signe très fréquent, selon le docteur Leven. Elle siège, le plus souvent, du côté gauche en différents points du corps. Sur 90 dyspeptiques, 10 seulement en étaient exempts. Les femmes y sont plus sujettes que l'homme dans la jeunesse, mais, passé 40 ans, c'est surtout chez l'homme qu'elle s'observe. (*Soc. de biol.*, novembre.)

Par leurs formes protéiques, et en n'étant souvent qu'un symptôme d'autres maladies locales ou générales, celles-ci échappent le plus souvent à toute classification. Les remèdes à opposer à leurs formes différentes en sont ordinairement la principale contribution. De là le grand nombre et la diversité de ceux-ci.

La *pepsine* en est le plus usité par son action locale sur les aliments à digérer. Sa mauvaise préparation et ses falsifications en ont seules discrédité l'emploi. La préparation suivante, parfaitement limpide, est employée avec avantage par le docteur Larmande dans les dyspepsies compliquées de constipation :

℞ Pepsine	6 gr.
Teinture de rhubarbe	10
Sirop d'écorce d'oranges amères	60
Vin de Madère	300

Une cuillerée à bouche aux repas.

Chloroforme. Dans les cas si fréquents où la dyspepsie s'accompagne d'une sorte de fermentation des aliments et d'un rapide dégagement de gaz après les repas, 15 à 20 gouttes de chloroforme dans un peu d'eau sucrée à prendre à ce moment agissent magiquement, d'après le docteur Wills. En quelques minutes, les gaz sont expulsés, et la fermentation s'arrête absolument, comme une ou deux pincées de bicarbonate de soude, dans un peu d'eau, neutralisent aussitôt les renvois ou éructations acides de la digestion.

Ptyaline et diastase. Des études comparatives de M. Defresne sur ces deux principes digestifs de la salive et de la maltine, il résulte que, en jouissant l'un et l'autre de la propriété de saccharifier l'amidon, ce pouvoir n'est pas identique, d'après la résistance vitale bien différente qu'elles éprouvent dans des milieux acides, comme l'estomac et les voies digestives. Tandis que la ptyaline déploie son maximum d'activité dans un milieu à acides organiques, comme l'estomac, un milieu neutre, peu acide ou peu alcalin, convient surtout à la diastase. Elle ne dissout nullement l'empois dans un milieu acide et reste ainsi sans action dans l'estomac (*Acad. de méd.*, décembre 1879.)

Pancréatine. Elle est spécialement indiquée dans l'anémie et la chlorose, suite d'hémorrhagies ou de maladies longues, où il existe un alanguissement de toutes les fonctions, celles de l'estomac surtout dont l'exercice régulier est indispensable pour ranimer la vie, lorsqu'il n'existe pas de diathèse. C'est dans ces cas que le professeur Potain emploie avec grand succès dans sa clinique la composition suivante, désignée sous le nom de bouillie Potain :

Viande crue hachée menue, très maigre.....	200 gr.
Eau ordinaire.....	200
Vinaigre.....	15 gouttes.
Pancréatine en poudre.....	8 gr.

Après un séjour de deux heures en vase clos, à une température de 40°, et plusieurs agitations prolongées, le mélange devenu liquide est passé au tamis très fin, et le bronet qui en résulte, assaisonné de poivre et de sel, est administré pur ou mêlé avec du tapioca.

Cette préparation obtient beaucoup de succès à l'hôpital Necker, dans les cas de dyspepsies par atonie et de dépérissement résultant d'une nutrition insuffisante.

Cette bouillie est même utile dans les dyspepsies diathésiques et de cause organique, en facilitant la digestion et en prévenant les douleurs, les coliques sinon les vomissements ou la diarrhée résultant de la non-assimilation des aliments. Elle a été d'une efficacité réelle dans les cas suivants :

Dyspepsie par cancer intestinal. La marche extensive et inexorable de la diathèse s'opposait à des résultats longtemps affirmatifs. Pourtant, sous l'influence du ferment pancréatique, les digestions furent, pendant deux mois, moins laborieuses. Avant d'en faire usage, la malade souffrait tous les jours dans les deux heures qui suivaient ses repas. Dès qu'elle prit de la pancréatine, les coliques furent moins intenses, les selles plus régulières, l'échauffement intestinal plus tempéré. En somme, la pancréatine a joué le rôle d'un palliatif répondant à une indication symptomatique.

Dyspepsie tuberculeuse. Dame de trente ans, malade depuis un an de tuberculose avec dyspepsie simple, c'est-à-dire sans trace de réaction inflammatoire dénotant des lésions intestinales. Depuis deux jours, manque absolu d'appétit; langue un peu saburrale. Traitement : pancréatine, un gramme par repas. Le premier est supporté passablement, le second l'est mieux. Au bout de deux jours, les fonctions digestives allaient à merveille. Huit jours après, l'estomac avait repris son activité et la médication était suspendue.

Dyspepsie chloro-anémique. Une fille de seize ans, mince, grande, de croissance rapide, est prise de chloro-anémie se compliquant d'accidents hystériformes. Malgré le fer, le quinquina, les eupeptiques, l'état ne cesse d'empirer. La pancréatine en poudre, la pepsine et divers autres médicaments appropriés ne donnent pas de meilleur résultat. On recourt alors à la bouillie Potain, et, dès le premier jour, la digestion est améliorée surtout à midi et le soir. Les règles sont revenues et malgré la persistance des troubles nerveux, cette dypepsie, avec déchéance organique, s'est trouvée guérie en peu de temps. (*Scalpel.*)

Dyspepsie des enfants. Voici, d'après le nouveau *Compendium* du docteur Steiner, les formules employées par le savant médecin de Prague contre ces dyspepsies, provenant souvent d'une surcharge de l'estomac par des aliments difficiles à digérer et mal appropriés, condition fréquente dans l'élevage artificiel des enfants. Après la régularisation du

régime, il faut opposer à l'excès d'acide dans l'estomac la magnésie et le bicarbonate de soude :

℞	Bicarbonate de soude.....	20 à 50 centigr.
	Eau distillée.....	80 gr.
	Sirop simple.....	10 gr.

Toutes les deux heures une cuillerée à entremets. S'il y a, au contraire, prédominance d'alcalescence, c'est aux acides qu'il faut recourir :

℞	Acide chlorhydrique dilué.....	10 gouttes.
	Eau distillée.....	60 à 70 gr.
	Sirop simple.....	10 gr.

Toutes les deux heures une cuillerée à café.

On peut même faire prendre à de jeunes enfants une dose de un centigramme de pepsine avant chaque tétée.

La dyspepsie des enfants plus âgés, due à des défectuosités dans le régime, disparaît parfois au plus vite par l'administration opportune d'un vomitif et l'établissement d'un régime sévère. Les coliques de nature dyspeptique retirent du soulagement de l'emploi du moyen suivant :

Bicarbonate de soude.....	0,50 à 0,80 centigr.
Eau de fenouil.....	80 gr.
Sirop diacode.....	10 gr.

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

S'il existe en même temps de la constipation, il y a indication à prescrire :

Hydromel des enfants.....	40 gr.
Eau de fenouil.....	40 gr.
Eau de laurier cerise.....	15 gouttes.

Toutes les demi-heures une cuillerée à café, jusqu'à guérison.

E

ECZÉMA. *Dyspnée intense.* Cette grave complication a été observée par le docteur Blachez, sur un enfant de vingt-

trois mois, atteint depuis l'âge de cinq mois d'un eczéma généralisé. Apparu d'abord sur la face et derrière les oreilles, il s'est graduellement étendu sur toute la surface cutanée. Néanmoins l'enfant nourri d'abord par sa mère, puis confié à une nourrice saine, dont les enfants ne présentaient aucune affection, était vigoureux, mangeait et digérait bien. Il jouissait d'une bonne santé, sauf l'affection eczémateuse, qui ne fut traitée que par des émollients.

Le 14 mars, cet enfant fut pris, subitement et sans cause appréciable, de dyspnée si intense que le pouls s'éleva à 160 et la respiration à 80, sans matité ni bruits anormaux dans la poitrine. Un vomitif, immédiatement administré, n'amena qu'un soulagement momentané, et, une heure après, l'accès reprenait avec toute sa violence : l'enfant était cyanosé, le pouls petit et misérable, l'asphyxie imminente, lorsque dans la fin de la nuit, il tomba dans une sorte de somnolence accompagnée de sueurs abondantes, qui amenèrent une détente générale. L'accès était passé, et, le lendemain matin, l'enfant jouait comme d'habitude, et tout l'effet de cet accès d'asthme se manifesta dans la journée par un redoublement de l'éruption eczémateuse.

Rien de nouveau jusqu'au 1er mai, lorsqu'une nouvelle crise, plus violente que la première, se déclara aussi subitement dans la nuit. Pouls à 180 et respiration à 64. Malgré les sinapismes et les vomitifs, l'accès persista toute la journée du lendemain, et le soir, l'enfant, cyanosé, était mourant. Un vésicatoire fut dès lors appliqué dans le dos et un autre sur le devant de la poitrine; vin d'Espagne comme stimulant. L'état resta néanmoins le même jusqu'au lendemain, le troisième jour seulement, une légère détente se manifesta et, en augmentant, rendit bientôt la santé à l'enfant, comme la première fois, avec une poussée eczémateuse très sensible donnant lieu à une démangeaison si vive que l'enfant en devint comme furieux.

Ces accès de dyspnée sont donc évidemment produits par l'eczéma, et ce n'est qu'en agissant sur cette dermatose généralisée que l'on pourra prévenir ou diminuer le renouvellement de ces accès, mettant la vie en danger. (*Soc. méd. des hôp.* mai.)

Eczéma scrofuleux des enfants. Il a pour caractère dis-

tinctif, à la face et à la tête, de n'exciter aucune démangeaison, tandis qu'il provoque une agitation continuelle s'il est de nature arthritique. Quand, à ce symptôme évident, se joignent d'autres signes de la scrofule, le docteur E. Besnier emploie un traitement tout différent. Il graisse les croûtes avec de l'huile, pour les faire tomber, en les humectant avec des douches de vapeur ou des pulvérisations. Des cataplasmes de fécule ensuite et un masque de caoutchouc suffisent ordinairement à la guérison, surtout si l'on y joint l'usage interne de l'huile de foie de morue, les toniques et le séjour à la campagne. A défaut de pouvoir faire supporter ces moyens topiques, un liniment oléo-calcaire frais les remplace avantageusement.

Dans les cas où l'affection est rebelle à ces moyens simples, l'usage des mercuriaux est indispensable. 5 grammes de liqueur de Van Swieten dans 100 grammes du liniment précédent, ou des lotions chaudes avec une ou deux cuillerées à café de cette liqueur pour un verre d'eau, sont du meilleur effet. Mais il est essentiel que l'enfant soit exempt de bronchite ou de diarrhée pour l'emploi de ce traitement. Sans produire de répercussion, il pourrait être accusé d'avoir provoqué les suites souvent si dangereuses de ces accidents. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, août.)

EMBOLIES. *Immobilité nécessaire.* Il résulte des recherches de M. Damaschino que la caillot ou coagulum, dans la *phlegmatia alba dolens*, présente des âges différents.

Une coupe faite au sixième ou au septième jour de la maladie montre un coagulum formé de toutes pièces, homogène, dont les couches périphériques sont très adhérentes à la tunique interne du vaisseau; un peu plus tard, une même coupe montre toute une série de modifications dans l'épaisseur du caillot et la formation d'éléments embryonnaires de formes différentes. Au vingtième jour, on aperçoit, dans le coagulum, des vaisseaux de nouvelle formation; enfin, au bout de deux ou trois mois, on trouve des vaisseaux d'autant mieux formés qu'on se rapproche de la périphérie du coagulum, tandis qu'au centre il existe encore de petits interstices qui ne sont pas complètement organisés.

Dès 1863, Trousseau avait constaté, dans un mémoire fait

avec M. Dumontpallier, que l'organisation du caillot était telle dans l'embolie pulmonaire à la suite de cette maladie, qu'il faisait corps avec les parois vasculaires.

D'où cette conclusion pratique, formulée par M. Labbé, que, le caillot étant assez solidifié et adhérent au delà du vingtième jour pour que l'on n'ait plus à en redouter la fracture, l'immobilité doit être absolument recommandée pendant trois semaines au moins, six semaines au plus, après la formation d'une embolie. Bien que le centre du coagulum ne soit pas encore complètement modifié à cette époque, les accidents ne sont plus à craindre. (*Soc. méd. des hôp.*)

EMPOISONNEMENT. *Chlorate de potasse.* Devant l'usage croissant, immodéré de ce sel, la facilité des pharmaciens à le délivrer sans ordonnance et les hautes doses employées en gargarismes ou autrement contre les maladies de la gorge : angines, diphthérite et croup, surtout chez les enfants, il est nécessaire d'en signaler les effets toxiques. En deux années, M. F. Marchand a observé plusieurs cas de mort subite à la suite de son abus. Les symptômes principaux en sont, au début, des vomissements persistants, de l'hématurie, suivie bientôt d'une anurie presque complète. Teinte subictérique de la peau, suivie de délire, de convulsions se terminant par un coma mortel.

Deux lésions anatomiques principales se rencontrent à l'autopsie. La couleur naturelle du sang est remplacée par une teinte d'un brun chocolat sombre, extrêmement remarquable. Cette teinte toute spéciale résulte de la transformation chimique du sang au contact du sel de Berthollet. L'hémoglobine s'oxyde et se transforme en un corps nouveau donnant au spectroscope une raie d'absorption spéciale dans le rouge. Le sang est incapable, dans cet état, d'absorber l'oxygène, et les globules rouges se transforment en une masse gélatineuse brunâtre.

La même coloration s'observe du côté des reins et des organes vasculaires de l'abdomen. Les canalicules urinifères de la substance corticale sont remplis de cylindres brunâtres, homogènes, composés par le sang chimiquement transformé. C'est une néphrite hémorrhagique toute spéciale. En tenant compte de la fréquence des néphrites, le docteur Jacobi attribue une grande quantité de leur multiplication à

l'usage banal et sans mesure, c'est-à-dire l'abus, que l'on fait actuellement de ce sel. L'urine contient la même substance, et l'on obtient des symptômes et des lésions cadavériques semblables chez les jeunes animaux en leur faisant absorber une quantité déterminée du même se.l

La pathogénie de ces accidents résulte de l'action du chlorate de potasse sur le sang. Décomposé au contact de toutes les humeurs organiques, il ne parvient que rarement dans le système circulatoire; mais il y détruit alors les hématies. C'est un poison du sang. De là ses effets sur l'urine, sous la peau, dans le foie et la rate. Les désordres nerveux se montrent ensuite, comme dans toutes les intoxications par défaut d'oxygène.

D'où cette conclusion pratique que l'action générale de ce sel, si elle existe, ne peut être que funeste. Son action locale n'est pas douteuse, mais trop insuffisante pour administrer ce médicament quand il y a du danger, comme chez les enfants en bas âge. Il doit donc être banni ou à peu près de la thérapeutique infantile. (*Virchow's Archiv.*)

Une observation du docteur Schultze confirme cette interprétation. Des gargarismes de chlorate de potasse ayant été prescrits à un enfant de trois ans et demi, atteint de diphthérite, il en guérit bien; mais, peu à peu, il prit une teinte de cyanose et devint somnolent. On apprit que la femme chargée de lui toucher la gorge avec le liquide le lui faisait boire. De la sorte, en quatre jours, 30 grammes avaient été consommés. Il succomba le septième jour avec de la prostration et tous les symptômes d'une gastro-entérite violente. (*London med. Record.*)

Empoisonnement par la cantharidine. Des lapins soumis par M. Cornil à des injections sous-cutanées de cantharidine ont montré à l'autopsie, vingt minutes seulement après la mort, les reins profondément modifiés, des altérations des cellules et des leucocytes gonflés, remplis de granulations jaunâtres. Limitée d'abord à la substance corticale, au labyrinthe, aux glomérules et aux tubes contournés, l'inflammation gagne bientôt les voies d'excrétion, et, en une à deux heures, l'épithélium des tubes droits et des tubes collecteurs est complètement modifié, ainsi que leurs éléments anatomiques.

Les lésions de la vessie ne sont que secondaires et s'étendent non seulement à la muqueuse, mais au chorion et à la couche superficielle des cellules. Elles sont ainsi remplacées par des globules de pus et de grosses cellules mères, venant probablement d'une irritation locale causée par l'urine contenant de la cantharidine, inflammation comparable à celle d'un vésicatoire sur la surface muqueuse.

Ces lésions s'étendent au tube gastro-intestinal et probablement à toutes les muqueuses, car, en pénétrant le sang comme l'urine, le poison s'étend partout. Le sang d'un animal empoisonné ne tarde pas à être toxique et détermine des accidents analogues lorsqu'il est transfusé à un autre. Un catarrhe très intense apparaît ainsi une demi-heure après l'injection; les cellules sont modifiées et les vaisseaux très dilatés.

De même que la muqueuse de la trachée a montré des élevures causées par l'amoncellement des cellules, les bronches sont prises simultanément et même jusqu'aux alvéoles pulmonaires.

Ces effets rapides témoignent aussi de la rapidité de l'élimination du poison, et l'on voit ainsi, chez les animaux ayant résisté à des faibles doses et sacrifiés ensuite, tous les éléments anatomiques reprendre vite leur état normal.

Administrée lentement et à faible dose, la cantharidine a déterminé des lésions du rein semblables à celles de la néphrite albumineuse. (Voy. ce mot et *Journal de l'anatomie et la phys.*, n° 5.)

Empoisonnement par la strychnine. *Chloral.* Dans le chagrin de la perte de sa position, un homme de trente-cinq ans se met à boire pendant quinze jours consécutifs, puis il va, le 30 décembre 1879, acheter de la strychnine pour empoisonner les rats. Le marchand lui en livre 1 gr. 20, qu'il verse dans un verre d'eau-de-vie, avalé aussitôt en rinçant le verre pour ne rien laisser au fond. Peu après, il se sent malade et vomit un peu dans la cour. Ramené chez lui, il raconte ce qu'il a fait. On lui ingurgite aussitôt une livre de beurre fondu, et le docteur G. Gray, en arrivant peu après, le trouve en proie aux convulsions, à demi couché et la tête renversée; nouveaux accès toutes les trois minutes, avec respiration irrégulière.

Les angles de la bouche sont tirés en bas avec rire sardonique. Peau froide couverte de sueur visqueuse. Pouls faible et rapide. Mâchoires contractées dans l'intervalle des accès; impossible de les écarter.

Une solution de 8 grammes de chloral dans 60 d'eau étant préparée, la moitié en est immédiatement instillée dans la bouche par l'intervalle de deux dents manquantes. Il n'y eut dès lors que deux attaques violentes; elles diminuèrent et s'éloignèrent de plus en plus ensuite, et, en dix minutes, les mâchoires se relâchèrent. L'introduction d'une pompe stomacale ramène des accès plus forts. On administre dès lors un vomitif de sulfate de zinc et d'eau tiède, puis 4 grammes de tannin, qui furent aussi vomis.

Une heure après, on donna par cuillerées le surplus de la solution de chloral, sans produire de sommeil; mais l'empoisonné se remit parfaitement, malgré la dose énorme de poison qu'il avait avalée.

L'action du chloral est d'autant plus certaine ici que, donné expérimentalement par M. Gray à des chiens empoisonnés en mangeant des fauves tués avec la strychnine, cinq ont été guéris de la sorte. (*British med. journ.*)

Empoisonnement par l'acide oxalique. Donné expérimentalement en solution de 1 à 10 0/0 par Kobert et Kussner, ce sel excite à petites doses le centre vaso-moteur de la moelle, le paralyse transitoirement à dose moyenne et d'une manière permanente à forte dose. Le pouls devient irrégulier, puis se ralentit : on dirait que les battements du cœur font défaut. La respiration est généralement ralentie d'emblée. On observe ensuite des phénomènes d'excitation et plus souvent de dépression dans le domaine de la motilité, de la sensibilité et des réflexes. Ces derniers symptômes sont très accusés dans le cas d'intoxication rapide, par exemple quand l'injection est faite dans le sang ou dans le péritoine, ou quand on expérimente sur des chats, lesquels sont particulièrement sensibles à l'action du poison; ils manquent absolument dans le cas d'empoisonnement subaigu ou chronique. Leur apparition comme aussi la combinaison des différents symptômes sont très irrégulières, et, par suite, leur présence n'a rien de pathognomonique.

Mais on constate, à l'autopsie, des lésions caractéristiques

dans les reins, et l'urine présente elle-même des modifications vraiment remarquables. Dans les cas aigus, elle est rare, fortement albumineuse, parfois mêlée de sang, et renferme une substance réductrice à un puissant degré, qui n'est pas la glycose et dont les auteurs n'ont pu reconnaître la nature. Le dépôt, examiné au microscope, se compose de sang, de cylindres hyalins et de cristaux d'oxalate de chaux qui sont tantôt octaédriques, tantôt disposés en gerbe d'aiguilles, tantôt en formes arrondies comme les boules de leucine. Ces derniers ne se dissolvent pas dans l'ammoniaque ni l'acide acétique, mais bien dans l'acide chlorhydrique.

Les canalicules urinifères sont remplis d'oxalate de chaux, ainsi que l'avait déjà indiqué Rabuteau. Cette lésion est visible même à l'œil nu, sous forme de stries blanches qui occupent surtout l'écorce dans les cas aigus, la substance médullaire dans les cas chroniques. On n'a jamais observé de dégénérescence graisseuse ni de lésions interstitielles des tissus. (*Archiv. de Virchow*, t. LXXVIII.)

Empoisonnement saturnin. L'usage du lait dans la nourriture des ouvriers qui se servent du plomb est un préservatif contre les coliques et l'empoisonnement saturnins. L'épreuve en a été faite dans les fabriques de céruse, dont la plupart des ouvriers parviennent à se prémunir de l'intoxication et des paralysies consécutives, en faisant chaque jour un abondant usage du lait dans leur nourriture.

Empoisonnement par les moules. *Paralysie spinale atrophique.* Souffrant depuis quelques jours, malade d'une angine avec toux et fièvre, le docteur Bruun mange des moules à son souper. Deux heures et demie après, démangeaison dans les poignets, le cou; cardialgie; plus tard coliques; légère évacuation alvine; vomissements provoqués difficilement. La nuit, le prurit augmente; céphalalgie, urticaire, bourdonnements, étincelles, diplopie. Douleurs pulsatives occipitale, cervicale, vertébrale. Un seul et faible vomissement le matin, malgré l'administration de plusieurs vomitifs. Bientôt convulsions cloniques des muscles antérieurs de la cuisse. Persistance de la céphalalgie. Puis douleurs rhumatoïdes des deux bras, du côté des fléchisseurs, et dans la colonne; sensorium libre.

Le lendemain, après un sommeil provoqué par le chloral, récidive de convulsions et douleurs dans les bras; raideur des muscles des jambes; 80 pulsations.

Le 28 janvier, encore quelques faibles convulsions, cuisses sensibles à la pression, douleurs lombaires; cependant la pression sur les apophyses épineuses est indolore. Paupières œdématiées. L'après-midi, le malade s'aperçoit que le membre inférieur gauche fléchit sous lui; cette parésie augmenta les jours suivants.

Le 1er février, pression douloureuse sur les onzième et douzième vertèbres dorsales; persistance des convulsions; sensation d'emphysème de cause inconnue sur la face antérieure de la cuisse gauche; le nerf crural, douloureux à la pression, devient le siège d'une névralgie violente; douleurs dorsales. Les douleurs lombaires ne cédèrent qu'à l'application répétée de vessies de glace sur la colonne.

Au milieu de février, le membre inférieur gauche, toujours faible, était atrophié, notamment le vaste interne. Plus tard encore, accès douloureux; le membre inférieur droit se prit de la même manière que le gauche, et les convulsions se généralisèrent à tout le corps; les nerfs étaient douloureux. Électricité, iodure de potassium, badigeonnages à la teinture d'iode le long de la colonne; peu de résultats; le grand air parut avoir une bonne influence. Un an après, l'auteur reprenait sa clientèle; de temps en temps cependant, accès durant quinze jours; la guérison n'a été complète qu'au mois de juin de la même année, après une saison de bains de mer. (*Hosp. Tidende* et *Lyon médical.*)

Empoisonnement par l'arsenic mélangé aux corps gras. Voy. Arsenic.

D'après deux faits observés par M. Féréol, les symptômes et les lésions de cet empoisonnement diffèrent selon la préparation absorbée. Chez un homme d'une quarantaine d'années, vigoureux et bien portant, ayant ingéré volontairement 9 grammes environ d'acide arsénieux, le docteur Lacombe observa, deux heures après, des vomissements, diarrhée, refroidissement, cyanose, pouls filiforme, aphonie, anurie, crampes, dyspnée par accès, endolorissement de la région hépatique avec intégrité de l'intelligence jusqu'à

la mort, c'est-à-dire avec tout l'appareil d'un cholérique.

La mort, survenue vingt-six heures après, a décelé une eschare large comme la main sur la paroi postérieure de l'estomac et une poudre jaunâtre comme du sulfure d'arsenic répandue dans les replis muqueux les plus saillants. L'action a donc été escharrotique. Lésions inflammatoires de l'intestin grêle, du duodénum surtout avec psorentérie; deux plaques d'entérite dans le gros intestin. Foie très volumineux et stéatosé pesant 350 grammes; reins également transformés en matière grasse, ainsi que le cœur, de couleur feuille morte.

Chez une jeune fille qui s'était empoisonnée avec une préparation de 2 gr. 50 d'arséniate de soude, il n'y avait au contraire aucune lésion escharotique à l'autopsie, et la stéatose considérable du foie était l'unique altération. Et au lieu des phénomènes cholériformes, diarrhée et paralysie, il n'y eut que l'affaiblissement progressif de tous les sens et de la température se maintenant de 35 à 35,2 pendant trois jours, la mort n'arrivant que le cinquième. (*Soc. de méd. des hop.*, novembre.)

Mais ce n'est pas seulement la préparation qui marque surtout les différences, la dose en rend bien mieux compte.

EMPYÈME. La *résection d'une ou plusieurs côtes*, à l'exemple du professeur Estlander (Voy. *année* 1879), a été pratiquée sur neuf enfants atteints d'épanchements purulents chroniques de la plèvre, à l'hôpital Midland, de Birmingham, par le docteur Thomas. Les succès sont remarquables. Quatre opérés ont guéri avec expansion du poumon et reproduction des côtes excisées; chez trois autres, l'écoulement a cessé avec expansion graduelle du poumon. Le huitième va bien, et le neuvième seul, opéré *in extremis*, a succombé six heures après. (*Birmingham med. Review*, mai.)

Cette résection des côtes est faite pour en prévenir la rétraction et faciliter le drainage de la plèvre. La guérison ne pouvant être réelle, complète que par l'expansion du poumon favorisant l'accolement de la plèvre et l'oblitération de sa cavité, l'excision des côtes paraît favorable à cet effet. Ce n'est pas assez de sauver la vie, en pareil cas, si l'opéré ne jouit que d'une respiration incomplète. Ce n'est pas là une guérison, c'est un stigmate pour la chirurgie de guérir

avec un poumon sans usage, comme de laisser la hanche s'ankyloser dans une position vicieuse. C'est là ce qu'il faudrait ne pas perdre de vue, afin de ne pas attendre au dernier moment pour évacuer le liquide. Tout épanchement est préjudiciable au poumon, et sa disparition avec un poumon atrophié n'est pas une guérison satisfaisante. La thoracentèse n'est donc jamais trop rapide pour prévenir cette compression. La nécessité de la résection des côtes est une preuve qu'elle est faite trop tardivement. (*Lancet*, n° XX, mai.)

Danger des injections. Il s'est révélé de nouveau à M. Dumontpallier, dans un cas de pleurésie purulente d'origine puerpérale. A plusieurs reprises, lorsqu'on procédait au lavage de la plèvre avec des injections phéniquées, alcoolisées ou iodées, la malade ressentit un malaise général, avec vertige et coloration rouge de la peau de la face et de la paroi antérieure de la poitrine. Une fois, les accidents furent plus accusés, et, immédiatement après le lavage de la plèvre, la malade eut une syncope, avec trismus et écume à la bouche, dont elle guérit heureusement. (*Acad. de méd.*, août.)

Ce sont des accidents de contracture et de paralysie qui se sont manifestés dans des conditions identiques chez un jeune homme opéré de l'empyème pour une pleurésie purulente chronique dans le même service. Tout allait à merveille, sans aucun trouble ni accident important pendant les lavages de la plèvre pratiqués matin et soir avec de l'eau phéniquée ou une mixture iodurée. Le pus était presque tari, lorsque le 16 octobre dernier, 81e jour de l'opération, en procédant au pansement, de même que les jours précédents. le malade assis sur son lit se plaint tout à coup d'étourdissement et tombe sur ses oreillers.

Aussitôt on constate la contracture de tout le côté droit, avec anesthésie complète de tout le corps. Le malade est penché à droite dans son lit, la tête tournée à droite, la face contracturée de ce côté, la commissure labiale droite portée en haut et en dehors. Paupières ouvertes, pupilles largement dilatées et immobiles. La vision et l'ouïe sont abolies Le bras droit est raide et serré le long du corps avec les doigts et la main fortement fléchis. Jambe droite raide.

C'était donc une hemicontracture droite avec insensibilité de toute la surface du corps.

Cet état dura deux à trois minutes; la contracture disparût graduellement du côté droit, et le malade remue bras et jambe, mais tout le côté gauche se trouve alors paralysé avec hyperesthésie de la surface du corps, au lieu de l'insensibilité précédente. Et pendant douze à quinze minutes, le patient reste dans une sorte d'hébétude n'entendant et ne distinguant qu'imparfaitement les personnes qui l'entourent, sans que le pouls ni la respiration aient été troublés.

Cette double crise d'hémicontracture droite et d'hémiplégie gauche s'est terminée par une sueur abondante et des larmes. L'action réflexe produite par l'irritation de la séreuse a donc porté successivement sur les deux hémisphères, tandis que dans la première elle avait porté probablement sur le bulbe et déterminé l'arrêt subit de la respiration et de la circulation. Deux effets tout différents produits par une cause identique. (*Soc. de biol.*, octobre.)

ENDOCARDITE FŒTALE. Une fille de dix-sept ans, n'ayant jamais eu de rhumatisme, fut admise, à la fin de sa grossesse, dans les salles du professeur Peter, à la Pitié. Le double battement du cœur fœtal est entendu dans la situation ordinaire; mais, au lieu du tic-tac habituel, le premier bruit est remplacé par un murmure soufflé, suivi presque immédiatement d'un bruit aigu et normal, avec un court silence ensuite. Ces battements se répètent environ 130 fois par minute, et tout d'abord l'interne, M. Barth, pensa que ce murmure, décrit par Nægele, était dû à la compression du cordon. Sa limite précise étant dans l'aire des battements du cœur fœtal et l'absence de contractions utérines pouvant déterminer la compression du cordon lui firent diagnostiquer une lésion de l'un des orifices. Ce murmure était manifeste encore le lendemain, quand le travail se déclara. L'enfant était mort-né et avait succombé probablement durant la dernière période de l'accouchement. Sa conformation était naturelle, et tous les organes étaient normaux, excepté le cœur, énormément hypertrophié et remplissant presque toute la cavité thoracique. Sa forme était globuleuse et la moitié droite beaucoup plus large que la gauche.

De ce côté, les valvules et celles de l'artère pulmonaire étaient normales; mais la tricuspide était le siège d'une endocardite végétante plastique. Ses bords libres étaient épaissis avec des végétations, et sa surface supérieure inégale. Les cordes tendineuses, raccourcies et épaissies, maintenaient les valvules en contiguité avec les parois du ventricule, ce qui les empêchait de remplir leur fonction normale. Le ventricule droit, au contraire, était dilaté et très hypertrophié. (*France méd.*)

Ce cas rare a un enseignement. Quoique l'accouchement n'ait présenté aucune difficulté pour expliquer la mort de l'enfant, elle doit être attribuée à la lésion cardiaque. En pareil cas, une endocardite fœtale étant diagnostiquée, comme dans celui-ci, l'accélération du travail doit être provoquée par tous les moyens possibles, pour donner à l'enfant plus de chances de vie.

ENSEIGNEMENT. *Gratuité des inscriptions.* En exécution de la loi du 18 mars sur la liberté de l'enseignement supérieur, un décret du 20 mars a décidé que les droits d'inscription cesseraient d'être perçus, dès le 1er avril suivant, dans les Facultés de l'Etat, les Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie. La validation des inscriptions prises dans les Écoles de plein exercice et les Écoles préparatoires ne donne lieu à la perception d'aucun droit, à quelque époque que remontent ces inscriptions et quel que soit le régime d'examen pour lesquels les candidats ont opté.

En conséquence, depuis le 1er avril dernier, les étudiants n'ont à acquitter que les droits de bibliothèque, fixés à 10 francs par an, et les droits perçus pour les travaux pratiques, ainsi fixés : élèves de première année, 60 francs par an; de deuxième année, 40 francs; de troisième année, 40 francs; de quatrième année, 20 francs. Ces droits sont acquittés par quart lors de la prise de chaque inscription.

Une coutume fort louable existe, à cet égard, dans les Universités allemandes. Les étudiants peuvent ne pas acquitter sur-le-champ les droits universitaires exigés pour la fréquentation des cours. Plus d'un s'est trouvé, de cette façon, en état de faire ses études et d'entrer dans une carrière libérale, car beaucoup d'hommes de valeur n'auraient

pas été, pendant leurs années d'études, en état de faire les frais de leur éducation. Seulement, quand ils quittent l'Université, ils s'engagent, par un écrit qu'ils signent, à verser les droits qu'ils n'ont pu jadis acquitter, et cela dans un délai de six années. L'intérêt de cet argent ne se réclame point. Au bout de ce délai, le questeur de l'Université est en droit de réclamer le payement; seulement, là encore, on laisse toutes les facilités désirables; on accorde de nouveaux délais aux débiteurs qui peuvent aussi verser par à-comptes. Il est rare que les tribunaux soient saisis d'affaires de ce genre.

Mais souvent il se passe de longues années avant que l'ancien étudiant, devenu père de famille et ayant par conséquent de nouvelles charges, puisse acquitter sa dette envers l'Université. Pendant ce temps, il arrive parfois que le débiteur devient insolvable, qu'il disparaît, émigre ou meurt. Le questeur seulement a un droit de 20 p. 100 sur l'argent dû, qu'il a par conséquent tout intérêt à faire rentrer. (*Gaz. d'Augsbourg.*)

Bourses de doctorat dans les Facultés. Aux conditions fixées par l'arrêté ministériel du 28 mai dernier (Voy. *année* 1879), un concours est ajouté pour les obtenir. Il comprendra une épreuve écrite avec trois heures de préparation et une épreuve orale d'un quart d'heure. Le mérite de chaque épreuve est exprimé en chiffres de 0 à 20.

Il a lieu au siège de chaque Faculté et où les candidats se sont inscrits.

Un examen probatoire d'admissibilité, portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale, aura lieu pour les candidats âgés de dix-huit ans au moins, sans inscriptions, et non encore pourvus des baccalauréats nécessaires pour entrer en cours d'études. Ceux qui en sont pourvus avec la note *bien* seront admis d'emblée à concourir, de même que ceux en cours d'études ayant obtenu la note *bien* au dernier examen correspondant à leurs études.

Ce concours a lieu chaque année à la fin de juillet. Les questions sont fixées par le ministre et le jury désigné par lui. Il nomme également les aspirants, d'après les propositions du Jury et sur le vu des pièces et des procès-verbaux qui lui sont envoyés. Toutes les autres conditions des arrêtés antérieurs sont abrogées.

Enseignement de la botanique. Considérant que le jardin des Plantes de Paris possède pour ces études spéciales des richesses exceptionnelles, tandis que les chaires des Facultés placées en dehors du Muséum, ne peuvent avoir que des collections insuffisantes, un décret présidentiel du 10 janvier 1880, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, a remis en vigueur les usages et les règlements, décrets et ordonnances qui en faisaient autrefois le centre de l'enseignement de la botanique. A l'avenir, le professeur d'histoire naturelle médicale de la Faculté de médecine, comme les professeurs de botanique de la Faculté des sciences et de l'École de pharmacie auront le droit de faire leurs cours, recherches et démonstrations dans cet établissement, au même titre que les professeurs titulaires du Muséum. C'est restituer ce vaste établissement à une destination qu'il aurait toujours dû conserver au profit des études de l'histoire naturelle en général.

Enseignement en Angleterre. La confusion et l'anarchie continuent à régner en maîtres malgré l'autorité du *medical Council.* On peut en juger par ce fait officiel que d'après le *medical act* de 1858, le nombre des institutions conférant des diplômes et des grades pour l'exercice médical dans le Royaume-Uni est de 19 et que ces divers titres et qualifications s'élèvent à 57. Que dire après cela de l'unité du doctorat tant rêvée et prêchée en France comme elle existe en Belgique.

ENTORSE JUXTA-ÉPIPHYSAIRE. Les mouvements forcés des articulations déterminent, chez les jeunes enfants, dit M. Ollier, des douleurs très vives, sans déplacement des surfaces. A l'examen, on constate seulement du gonflement avec sensibilité extrême de l'articulation et les points périphériques, sans aucun déplacement. De là l'embarras pour assigner un nom à la maladie. Le plus souvent, elle passe vite, mais si l'enfant se sert de son membre trop tôt, s'il fait une nouvelle chute ou reçoit un choc au siège de l'entorse, du gonflement survient qui peut seul éclairer sur la nature du mal. Il existe en effet sur les os mêmes, et non au niveau de l'articulation; celle-ci reste libre, tandis que la région

juxta-épiphysaire devient douloureuse. Cette tuméfaction est parfois très considérable.

On produit expérimentalement, par les mouvements forcés des articulations des enfants, les lésions suivantes : écrasement du tissu spongieux; fracture incomplète et inflexion de la couche compacte périphérique et disjonction plus ou moins avancée du cartilage de conjugaison. Du côté de la flexion imprimée à l'os, le tissu spongieux est écrasé ; il y a des fractures trabéculaires et la moelle est exprimée des cavités du tissu spongieux.

C'est par arrachement que se produisent les solutions de continuité du tissu osseux et le décollement du périoste.

Ces désordres, se passant sous le périoste, restent généralement inaperçus; ils ne se traduisent pas immédiatement par des signes apparents, et ce n'est que plus tard, au bout de deux ou trois jours, que la tuméfaction du périoste, au niveau des points où il a été décollé ou dilacéré, permet de préciser le siège de la lésion.

Au degré plus avancé, on produirait le décollement de la diaphyse dont on connaît bien la nature et le mécanisme.

Cette lésion reste sans conséquence grave habituelle ; mais, dans certains cas, elle est la cause immédiate ou éloignée d'un grand nombre d'inflammations de la région juxta-épiphysaire qu'on pourrait, au premier abord, prendre pour des affections spontanées : le broiement du tissu spongieux, l'expression de la moelle, la disjonction sur place du cartilage de conjugaison donnant lieu à des ostéo-myélites aiguës ou chroniques chez les enfants prédisposés par leur constitution aux affections osseuses.

La connaissance de cette lésion explique bien certains désordres constatés chez les jeunes enfants après l'accident connu sous le nom de pronation douloureuse de l'avant-bras.

Sur des enfants qui ont été brusquement soulevés ou retenus par la main, on observe la tuméfaction de la partie juxta-épiphysaire de la partie inférieure du cubitus, du radius ou de l'humérus. Il s'agit surtout dans ce cas des enfants de deux à quatre ans.

Ces lésions sont tout particulièrement faciles à produire

chez les enfants à nutrition appauvrie et un peu rachitiques.

On conçoit tout l'intérêt qui s'attache à une pareille description et l'intérêt du praticien à surveiller une lésion n'ayant pas d'abord d'apparence sérieuse et pouvant entraîner de graves conséquences. (*Soc. de méd. de Lyon* et *Lyon méd.*)

EPANCHEMENTS. *Ponctions blanches multiples.* Leurs bons effets dans quelques rares épanchements pleurétiques considérables a inspiré la singulière idée d'ériger ce moyen en méthode générale de traitement. Sans tenir compte des causes multiples qui peuvent empêcher l'issue du liquide, ni du mécanisme de la guérison dans ces différents cas, le docteur Tonglet propose d'essayer ces ponctions blanches dans les divers épanchements séreux, parce qu'elles sont reconnues efficaces contre l'hydrocèle et qu'elles lui ont réussi dans le cas suivant.

Un homme de quarante à quarante-cinq ans, robuste et bien bâti, mais détérioré par la boisson et les fatigues, contracte une pleurésie aiguë droite à la suite d'un refroidissement. Révulsifs et diurétiques sont employés en vain pour favoriser la résorption de l'épanchement et, après plus de deux mois, la fièvre; de continue était devenue intermittente, avec accès irréguliers, dyspnée intense, inappétence et affaiblissement marqués. L'inspection constatait la diminution notable des incursions respiratoires et l'ampliation thoracique du côté droit; absence complète des vibrations dans toute l'étendue de la poitrine; *matité de la cuisse* avec perte d'élasticité; silence absolu. Le foie était descendu et le cœur refoulé à gauche.

Une ponction faite entre la cinquième et la sixième côte ne donna que quelques gouttes de sang, et deux autres ponctions, renouvelées successivement en d'autres points eurent le même insuccès. Le malade se déclara néanmoins soulagé immédiatement, et ce soulagement augmenta si bien, que la respiration devint plus libre, la matité descendit et diminua; on perçut des souffles suivis de murmure au sommet et l'épanchement disparut définitivement. Il ne restait que des bruits de frottement, signe de dépôts membraneux sur les deux plèvres (*Archiv. méd. belges.*)

Et c'est en se prévalant de quelques autres faits analogues,

publiés par le docteur Thiriar, que l'on attribue la guérison aux ponctions multiples en expliquant leur action par le coup de fouet qu'elles donnent, la stimulation qu'elles impriment à la membrane séreuse endormie et impropre à la résorption. Oui, voilà un exemple de la médecine exacte que l'on fait et que l'on enseigne en Belgique!

ÉPIDÉMIES. Elles ont sévi d'une manière très intense à Paris. La variole, la diphthérite ont surtout fait beaucoup de ravages, comme nous l'avons indiqué à ces mots, et la fièvre typhoïde s'est principalement fait remarquer par ses sévices dans la population civile, tandis que les militaires, prédisposés par leur âge et leur encombrement habituel, en étaient exempts. Des mesures hygiéniques et sanitaires prises contre cet effet ont eu le résultat prévu en démontrant que l'âge n'est pas tout, dans cette fatale prédisposition, et qu'en dispersant les soldats en temps de paix, la fièvre typhoïde n'est pas plus endémique dans leurs casernes qu'à domicile. Cette épreuve devra donc servir pour les disséminer davantage à l'avenir, comme le plus sûr préservatif contre les épidémies et le meilleur moyen de conserver leur existence.

Une maladie, non décrite jusqu'ici, d'après le docteur Winckel qui l'a observée à la Maternité de Dresde, a sévi endémiquement l'année dernière dans cet institution. Le 19 mars, un nouveau-né de trois jours, dont la naissance avait été normale, tomba subitement malade avec cyanose, amaigrissement, refroidissement des extrémités et mourut rapidement. L'autopsie révéla de l'apoplexie cérébrale seulement.

Un autre enfant, né le 19 mars, très bien portant, tomba également malade le septième jour, offrant les mêmes symptômes, et succomba en trente-six heures, le 28 mars. Un autre enfant, né le lendemain et qui se trouvait placé à côté de lui, fut pris exactement des mêmes symptômes et successivement ainsi dix-sept enfants furent atteints du 30 mars au 10 avril, dont quinze succombèrent.

En présence d'un tel évènement, les accouchées avec leurs nouveau-nés furent transportées à un autre étage, et il n'y eut pas d'autre victime jusqu'au 20 avril qu'un enfant tomba malade et mourut. Puis deux autres furent atteints le lendemain, dont un succomba, et ce fut tout.

Des vingt-trois enfants atteints, neuf garçons et quatorze filles, dix-neuf avaient succombé dans un espace moyen de trente-deux heures, soit l'énorme proportion de 82 0/0. La plupart avaient été pris du cinquième au septième jour de leur naissance, un seul le premier jour, et un le douzième. Un seul est sorti guéri et trois ont été emportés encore malades. La malignité de cette épidémie est donc presque équivalente à celle du choléra des nouveau-nés.

Tous ces enfants étaient nés dans de bonnes conditions et bien développés. Deux jumeaux seuls n'étaient pas à terme, et celui qui fut atteint en naissant pesait 4280 grammes. L'intervention de l'art fut nécessaire dans un seul accouchement, quoiqu'il y eut huit primipares.

L'absence de fièvre fut le trait général, à une seule exception près : ce fut le dernier enfant atteint dont la température rectale s'éleva à 38°,1. Au contraire, elle était abaissée dans tous les autres. L'urine épanchée dans les langes était d'un brun pâle ou foncé et évacuée fréquemment. Un échantillon recueilli par le cathétérisme aussitôt après la mort renfermait de l'épithélium normal, en grande abondance, de la vessie et des bassinets, des cylindres granuleux et des corpuscules sanguins et surtout des masses de micrococcus et de détritus, de l'urate d'ammoniaque et un peu d'albumine. C'était donc de l'hémoglobinurie.

Du sang obtenu par la pression d'une piqûre montra en effet des altérations sensibles. Il avait une consistance sirupeuse, une couleur d'un brun noir, avec augmentation notable des globules sanguins incolores, de petites granulations, qui en étaient comme le détritus, et enfin des corpuscules animés de mouvements moléculaires sous forme de spirilles.

Ventre souple, dépressible, sans ballonnement ni douleurs, selles normales et fréquentes dans quelques cas. Foie un peu tuméfié, sans paraître douloureux; bruits du cœur sourds à 136, sans rien dans les organes thoraciques. Des convulsions avec contractions cloniques des extenseurs des membres gauches se montrèrent dans tous les cas. Une très forte convulsion, avec tremblement des muscles oculaires et strabisme convergent, rotation du globe en dedans et en bas, survenait ensuite. Le plus souvent, les fentes palpébrales étaient, en même temps, assez largement ouvertes, et la coloration

jaune qui, dans le plus grand nombre de cas, était très distincte, n'en apparaissait que davantage. Dès lors, le processus ne durait plus que peu d'heures, et l'enfant succombait alors, au milieu de fortes convulsions générales.

Une artérite partant de l'ombilic fut rencontrée dans un seul cas; le foie était très tuméfié et d'un noir brun, avec des raies jaunâtres ici et là à la section. Pas de dégénérescence graisseuse du cœur. Rate volumineuse et épaisse, très consistante sans exception. La substance corticale des reins était brune avec injection d'hémoglobine dans les tubes urinifères. Ecchymoses dans toute l'étendue du canal intestinal, au-dessous du duodénum, de même que dans les poumons, le cœur, le diaphragme et la plèvre. Développement énorme des glandes mésentériques et des plaques de Peyer et hyperémie légère de la muqueuse des bronches et du larynx. Hémorrhagies multiples dans l'œsophage et la paroi postérieure du pharynx; œdème considérable du cerveau, avec dilatation des ventricules.

Ces lésions ne pouvant provenir d'une infection puerpérale ni de l'alimentation, l'auteur, en l'absence de toute étiologie, propose de l'appeler : *Cyanose apyrétique ictérique pernicieuse avec hémoglobinurie.* (*Deuts. med. Woch.*, nos 24 et 25 et *Tribune méd.* no 584.)

Une épidémie semblable est survenue à la Maternité de Boston en 1873 et décrite par le docteur W. Bigelow. L'inflammation diphthéritique de toutes les muqueuses en était le caractère proéminent, sans trace des micrococci signalés dans le sang par Winckel. (*Boston med. and surg. journ.*, 11 mars 1875.)

EPILEPSIE. *Pathogénie de l'émotion.* Une série de leçons, dites *Gulstonian lectures*, du nom de son fondateur, ont été faites sur l'épilepsie, devant le Collège royal des médecins de Londres, par le docteur W. Gowers, médecin de l'hôpital national pour les paralysés et les épileptiques. Aussi longues et diffuses qu'indigestes, elles sont basées sur la statistique d'un millier de cas observés et recueillis sous l'influence d'une tradition séculaire, et elles admettent ainsi la frayeur, l'émotion, comme l'une des principales causes. 119 cas, comprenant 71 filles et 48 garçons ou 10 pour 100 de la totalité, en seraient justiciables, dont 70 se dé-

clarèrent entre dix à vingt ans, 30 seulement au-dessous et 3 au-dessus de cet âge. Et c'est sur ce thème facile et usé que l'auteur discourt le plus amplement. (*Lancet*, du n° IX au n° XV.)

Il est difficile de réunir en si peu de lignes, dit le professeur Lasègue, tant de naïves assertions, et l'on s'étonne qu'un médecin rompu à l'étude des épileptiques se soit fait, au nom du numérisme, le défenseur ou le rénovateur des vieux préjugés populaires.

Non, l'épilepsie n'est pas plus provoquée par la peur que par l'anxiété ou par ce moteur de haute fantaisie qu'on appelle l'émotion sans le définir. Tantôt il faut des heures et tantôt des mois d'incubation pour que la frayeur porte ses fruits ; quant à l'anxiété et à l'émotion, comme il est absolument impossible d'en constater la réalité, on ne parle du temps écoulé entre la conception et l'éclosion que pour mémoire. Les statistiques, déjà si défectueuses quand il s'agit d'établir des pathogénies *fermes*, deviennent des jeux d'enfant lorsqu'on les met au service des plus capricieux antécédents et surtout des partis pris populaires.

Pour ma part, je ne suis pas un statisticien et ne me fie pas aux assertions des relevés hospitaliers ; mais je déclare n'avoir jamais rencontré un cas d'épilepsie franche qui, après enquête personnelle et sérieuse, me paraisse avoir dû naissance ni à la peur, ni à une émotion d'aucun genre. (*Archiv. de méd.* juillet.)

Hospitalisation des aliénés. Voy. Prix.

Picrotoxine. A l'exemple de M. Planat, qui a étudié le premier l'emploi de cette substance sous forme de teinture alcoolique au cinquième (Voy. *année* 1875), le docteur Hamburgin, de Namur, l'a employée chez plusieurs malades avec succès. Seulement, il estime que les doses de 30 à 60 gouttes au maximum sont trop faibles, et, admettant que cette substance agit sur les nerfs vaso-moteurs, il en double les doses avec ou sans l'emploi simultané du bromure de potassium.

Il commence par prescrire la teinture à la dose de 10 gouttes matin et soir, en augmentant de 2 gouttes chaque jour, de manière à atteindre 60 gouttes. Puis il augmente graduellement de 10 gouttes par mois jusqu'à 100 gouttes.

Si les accès disparaissent, il s'en tient à cette dose ; s'il y a réapparition d'accès, il n'hésite pas à la porter à 150 gouttes. A cette dernière dose, le médicament ne provoque pas plus d'inconvénients que n'en occasionnerait l'ingestion d'une perle d'éther ; on ne devrait donc pas craindre de le dépasser de beaucoup, si cela était nécessaire. Il ne faut pas non plus d'interruption dans son emploi, et, au lieu d'en diminuer la dose, il faut l'augmenter. On voit, en effet, combien l'organisme s'habitue vite à l'action des poisons végétaux ; l'assuétude en diminue singulièrement les effets. Voici le résumé des observations à l'appui.

I. Fille de dix-huit ans, fortement constituée, sans antécédents héréditaires. Premier accès à huit ans, se rapprochant d'année en année, malgré l'emploi des préparations de zinc, de belladone et de bromure de potassium à haute dose. Le caractère est devenu sombre, aigri, irritable ; abaissement des facultés intellectuelles.

En septembre 1875, aux préparations martiales et au traitement moral et diététique, 10 gouttes de teinture alcoolique de coque du Levant sont ajoutées matin et soir, avec augmentation de 2 gouttes par jour jusqu'à 60. La diminution et l'atténuation des accès font élever progressivement la dose jusqu'à 100 gouttes et même 150. Depuis lors, il n'y a plus d'accès, le caractère et l'intelligence sont revenus à l'état normal.

II. Garçon de vingt-trois ans, lymphatico-nerveux et épileptique depuis onze ans. Deux accès par mois. Intelligence normale. Après l'insuccès du bromure de potassium à haute dose, la teinture est prescrite en mai 1876. Les accès diminuèrent d'intensité ; le coma et l'abattement consécutif furent moindres. Néanmoins, après deux ans, quelques accès persistaient encore.

III. Fille de vingt-deux ans, délicate et nerveuse, avec anémie profonde, ayant des accès depuis huit ans, survenus à la suite d'une frayeur. Rares au début, ces accès augmentent, malgré divers traitements suivis. Elle était soumise depuis quelques mois à la teinture, lorsqu'une phthisie aiguë l'enleva, sans être débarrassée de ses accès.

IV. Une autre fille de treize ans, dans les mêmes conditions que la précédente, était atteinte d'accès épileptiques depuis quatre ans, sans antécédents héréditaires. Après l'in-

succès du bromure de potassium, l'usage de la teinture est commencé en février 1877. Il n'y a eu que trois accès faibles jusqu'en janvier 1878. La santé générale s'est améliorée et la puberté s'est établie sans orages. Chlorose, somnambulisme et épilepsie, tout a disparu. Cette jeune fille continue le traitement : elle prend actuellement la teinture de coque du Levant à la dose de 120 gouttes par jour.

V. Un fermier de vingt-cinq ans, lymphatico-nerveux, sans antécédents héréditaires, était épileptique depuis l'âge de treize ans, ce qui l'avait fait renvoyer du collège. Augmentant de force et de fréquence, les accès éclataient ordinairement après le lever du malade. Le bromure de potassium à haute dose éloigne les accès, sans dépasser jamais plus de trois mois. Au mois d'août 1878, il est soumis à la teinture, et, depuis lors, il n'a eu qu'un seul accès. Il s'est marié depuis et dirige une exploitation importante.

VI. Le dernier sujet est une fille de treize ans, épileptique depuis son enfance, avec un certain degré d'idiotie. Elle présente les grandes attaques et le vertige épileptique, avec diminution sous l'influence du bromure de potassium à la dose de 6 grammes. En décembre 1878, elle est soumise à la teinture, et, depuis lors, elle n'a pas eu une seule attaque (*Acad. de méd. de Belgique.*)

La coque du Levant ou son alcaloïde a donc une supériorité marquée sur le bromure de potassium. Ce fait important résulte des observations précédentes et se trouve confirmé par la suivante.

Un enfant épileptique depuis l'âge de deux ans, avec accès caractérisés, diurnes et nocturnes, se reproduisant tous les deux ou trois jours, est soumis au bromure de potassium, sans aucun succès. Les reconstituants, donnés en raison de l'anémie profonde, ne diminuent pas les accès. On élève le bromure à 3 grammes, avec un vésicatoire volant sur l'ombilic, d'où partait l'aura. Les accès continuent. Une violente attaque, survenue le 6 janvier 1877, en présence du docteur Couyba, fait prescrire des pilules d'un demi-milligramme de picrotoxine, dont une à prendre graduellement matin et soir. L'enfant avait alors cinq ans et demi. Il n'y eut plus qu'une attaque complète, le 26 avril et le 16 novembre suivant, de même qu'en 1878, les pilules étant continuées de 2 à 5 par jour avec suspension alternative. Ces-

sation complète des accès depuis, en continuant toujours la picrotoxine par intervalles.

Le nervosisme a disparu. Plus d'élancements sur les nerf crâniens ni au nombril. Le caractère s'est modifié, les accè de colère sont devenus rares.

L'enfant a actuellement neuf ans et demi, et il est à espérer que les modifications de la croissance consolideront la guérison et donneront à la constitution un équilibre définitif. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mai.)

Epilepsie traumatique. *Trépanation.* Depuis un coup de pierre reçu sur la tête en 1871, avec fracture du crâne, une fille de quatorze ans était prise d'accès épileptiformes, augmentant de fréquence et de gravité chaque année. Elle était réduite à un état d'idiotie, sans contrôle sur la vessie et le rectum, et presque aphasique. Deux couronnes de trépan furent appliquées, avec les précautions antiseptiques, par M. James West, le 25 novembre 1878, sur la dépression de la fracture. L'état s'améliora bientôt : la parole revint, ainsi que le pouvoir excréteur des urines et des fèces. A la fin de l'année, l'enfant quittait l'hôpital de la Reine, sans retour des accès d'épilepsie ni récidive ultérieure. D'où l'efficacité évidente de ce moyen de traitement, tel qu'il a été préconisé en France par les jeunes chirurgiens, contre les lésions cérébrales localisées. et notamment par le docteur Echeverria dans l'épilepsie. (Voy. TRÉPAN, 1876, 1877.)

Cette communication à la Société royale médico-chirurgicale de Londres a montré que les chirurgiens anglais diffèrent aussi beaucoup sur ce sujet. L'épilepsie traumatique est si rare pour M. Althaus que, sur plus de 3000 cas observés à l'hospice spécial, il n'a pas trouvé un seul malade présentant de dépressions crâniennes. Mais, par contre, M. Bellamy signale le succès obtenu à l'hôpital de Charing-Cross sur un épileptique dont les accès étaient très fréquents, par suite d'une blessure à la tête reçue treize ans auparavant. Avec l'aide du docteur Ferrier, on détermina le siège de la blessure sur la scissure de Rolando. Le docteur Lees ayant appliqué une couronne de trépan, les accès n'ont pas reparu depuis. Voici le résumé de cette observation, présentée à la *Clinical Society* le 8 octobre :

Fille de quinze ans, ayant reçu à sept ans un coup de

fourgon sur la tête, qui produisit un gonflement de la région pariétale droite, sans aucune dépression appréciable. Le mal de tête en résultant ne cessa jamais, et les accès commencèrent un an après. Malgré divers traitements, ils augmentèrent de fréquence, avec exacerbations intermittentes durant deux à trois semaines et ne reparaissant que plusieurs mois ensuite.

C'est en devenant plus fréquentes et plus graves que ces exacerbations appelèrent l'attention en 1879. Le serrement de la main gauche et même des douleurs dans tout le bras étaient notés après chaque crise; et, devant l'embarras de la parole, résultant d'une parésie labiale, M. Ferrier, ayant constaté la sensibilité à la pression du pariétal droit, conseilla la trépanation à la partie inférieure de la scissure de Rolando.

Elle fut pratiquée le 14 juin 1879, sous le nuage phéniqué, et l'os excisé fut trouvé normal. Aucune complication ne s'ensuivit : la température s'abaissa, la céphalalgie disparut, et les accès cessèrent dès le lendemain pendant deux mois. Une coxalgie se déclara alors, si intense que la résection de la tête du fémur fut pratiquée le 2 août. Des abcès se formèrent ensuite, et l'arthrite du genou indiquait l'amputation, qui fut pratiquée le 9 octobre.

L'enfant se rétablit néanmoins; mais les accès d'épilepsie reparurent avec la santé, et, quoique moins fréquents et moins intenses, ce fut encore sous la première forme d'exacerbations intermittentes. Cependant l'état est assez amélioré pour que la trépanation soit considérée comme un véritable bienfait.

MM. Adams et Hutchinson ne voient pas d'indication assez précise pour une opération aussi grave, et les lésions trouvées sur la dure-mère, dans plusieurs cas, sont, pour M. Holmes, la meilleure raison de s'en abstenir. M. Bryant ne la croit pas plus nécessaire, et il lui a suffi, dans trois cas semblables, d'inciser le cuir chevelu sur la dépression pour obtenir la guérison de la douleur et des accès convulsifs. Dans un cas où le trépan fut appliqué, le crâne et la dure-mère étant épaissis, l'opéré mourut trois ans après avec une récidive de ses accès.

M. Douglas Powell croit que le succès de cette opération est purement réflexe. Il a vu à l'hôpital Middlesex un jeune

épileptique présentant une exostose du tibia survenue à la suite d'un coup de bâton. Des accès épileptiformes étaient survenus ensuite, l'aura partant toujours de l'exostose. M. Hulke enleva l'exostose, et, quelques semaines après, les accès avaient disparu. (*Lancet*, 29 novembre 1879.)

La conclusion de ces faits est l'indication manifeste du trépan, quand des accès épileptiformes succèdent irrégulièrement à une lésion apparente du crâne. L'attente peut entraîner des lésions de la dure-mère sous-jacente, et l'expectation est la condamnation même des malades et de l'art.

Epilepsie syphilitique. Un homme de trente-cinq ans ayant eu, dix ans auparavant, un chancre infectant, suivi bientôt des différentes manifestations de la période secondaire, est pris, en mai 1873, d'une céphalée vive, persistante, réfractaire à la quinine. Deux mois après surviennent des vomissements incoercibles et un affaiblissement des facultés intellectuelles, surtout de la mémoire. Au mois de novembre de la même année, le malade est pris d'une attaque d'épilepsie ne différant en rien de l'attaque franche idiopathique.

Sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, prescrit par le docteur Puy Le Blanc (frictions mercurielles, iodure de potassium à hautes doses), on vit disparaître la céphalalgie et la torpeur intellectuelle. Plus d'attaque d'épilepsie. Quelques aura avortées se manifestèrent seulement pendant les quinze premiers jours qui suivirent le début du traitement.

En 1876, la guérison est complète; le malade, marié depuis deux ans, a un enfant bien portant.

L'auteur résume ainsi ses conclusions :

1° L'épilepsie peut survenir chez des adultes qui n'ont jamais eu d'attaques dans leur jeunesse.

2° Elle est toujours symptomatique : ses symptômes ne diffèrent pas de ceux de l'épilepsie idiopathique.

3° Neuf fois sur dix, d'après A. Fournier, elle est symptomatique de la syphilis.

4° Elle est incurable.

Il s'en faut, pourtant, que la syphilis ait une sorte de prédilection exclusive pour les formes franches de l'épi-

lepsie : dans bon nombre de cas, au contraire, elle se manifeste par des accidents simulant les formes larvées de l'épilepsie, auxquels peuvent s'ajouter des troubles de la motilité et de la sensibilité qui reproduisent l'ensemble symptomatique si varié des tumeurs cérébrales. (*Ann. de dermatol.*, n° 3, 1879.)

M. J. Viard (*Epilepsie d'origine syphilitique*, thèse inaugurale, Paris, 1878) fournit plusieurs exemples de cette catégorie.

ÉPISTAXIS. Voy. Rhumatisme.

ÉRYTHROPHLÉINE. Voy. Cœur.

ESTOMAC. *Lavages.* Ce procédé thérapeutique, imaginé par Kussmaul en 1867 (Voy. *année* 1870-71), négligé d'abord en France, s'y est promptement répandu avec avantage depuis que M. Faucher, frappé des inconvénients de la sonde rigide, lui a substitué un tube flexible en caoutchouc de un mètre et demi de long. L'introduction en est ainsi facile, surtout si son calibre est d'un centimètre de diamètre environ. Après l'avoir mouillé ou enduit d'huile ou de glycérine, il suffit d'en placer l'extrémité percée d'yeux au fond du pharynx du malade. Celui-ci n'a plus qu'à faire des mouvements de déglutition pour que le tube soit facilement avalé, tandis qu'on le soutient légèrement avec la main. Un point de repère indique quand il est arrivé dans l'estomac. La longueur de 65 à 70 centimètres est le plus souvent nécessaire à cet effet. Rien donc de difficile ni de dangereux dans ce procédé, que tout malade intelligent peut exécuter lui-même dès qu'il en a vu et éprouvé la démonstration.

Le tube ainsi introduit sert à faire pénétrer le liquide dans l'estomac. Deux méthodes sont employées à cet effet : le siphon et la pompe à deux tubulures. La première consiste, après avoir versé le liquide destiné aux lavages dans un entonnoir adapté à l'extrémité libre du tube élevé au-dessus du niveau de l'estomac, à y amener le siphon vulgaire en pinçant le tube entre les doigts avant de l'abaisser. Le liquide sort en abondance dans le siphon, et l'on peut renouveler l'injection autant qu'il est nécessaire et jusqu'à ce que le liquide sorte limpide et clair. C'est ce procédé

simple que M. Bucquoy préfère, à cause des dangers du suivant.

L'emploi de la pompe permet, par le jeu d'un robinet à deux voies, d'injecter directement dans l'estomac le liquide aspiré du récipient et d'aspirer le contenu du viscère pour le rejeter à l'extérieur. M. Dujardin-Beaumetz lui donne la préférence, à cause de la projection du liquide et du remous circulaire produit dans l'estomac, ce qui permet d'en laver les parois avec moins de liquide que n'en exige le siphon. Trois litres d'eau sont parfois nécessaires avec celui-ci, dans un estomac très dilaté, tandis que 6 à 800 grammes suffisent avec la pompe. Mais les précautions indispensables à prendre pour l'injection et l'aspiration ne rendent pas ce procédé aussi facile à son emploi par les malades que le siphon.

L'eau de Vichy naturelle, coupée de moitié d'eau, est le meilleur liquide pour ces lavages. L'usage du siphon, en exigeant une grande quantité de liquide, a l'avantage de retirer de l'estomac tous les résidus du repas antérieur, incomplètement digérés, de dissoudre les mucosités formant vernis à la surface de la muqueuse et de solliciter, par cette hydrothérapie interne, les contractions de la couche musculaire de l'estomac. C'est là le véritable pansement de l'estomac, que l'on peut pratiquer tous les deux jours et même tous les jours dans certains cas.

Ces lavages conviennent particulièrement dans la gastrite chronique avec dilatation de l'estomac et épaississement de ses parois. Une dame atteinte de gastrite avec dilatation et qui pouvait à peine digérer deux potages au lait par jour, ayant appris, sous la direction de M. Bucquoy, à pratiquer elle-même le lavage de son estomac, peut digérer maintenant tous les aliments en petite quantité, ce qui lui a donné une augmentation de poids de neuf livres. Ce traitement est souverain contre la dyspepsie des buveurs, et la guérison en est très rapide. Il donne aussi de très bons résultats dans les vomissements incoercibles des hystériques, et il ne faut pas hésiter à l'employer contre le cancer même, toutes les fois que la sonde pourra pénétrer. L'état du malade peut en être très amélioré. M. Bucquoy en a retiré de grands avantages dans les cancers avec rétrécissement pylorique et dilatation stomacale. Contre une gastrite toxique ulcé-

reuse chez un homme de trente-deux ans et dont les vomissements présentaient des débris noirâtres et même du sang coagulé, ces lavages permirent la digestion du lait, puis du pain, des œufs et de la viande. Renouvelés régulièrement deux fois par jour, ils permirent une telle assimilation que le poids du corps augmenta de 2 kilog. 8. Malheureusement, une tuberculose, avec pneumothorax, annihila les excellents effets de cette méthode. L'autopsie montra une vaste ulcération au niveau de la petite courbure et un rétrécissement pylorique ayant produit une dilatation considérable de sa cavité, avec hypertrophie notable de ses parois. Malgré toutes ces lésions, l'estomac avait repris ses fonctions, sous l'influence des lavages.

Par sa facile exécution, son innocuité absolue et les résultats excellents qu'elle procure, cette méthode, en grande vogue en Allemagne, mérite donc d'être vulgarisée en France. Plusieurs médecins l'emploient dans les hôpitaux, et elle peut servir à préciser le diagnostic de certaines affections obscures. Elle est surtout applicable dans les empoisonnements pour retirer le liquide toxique de l'estomac.

Plusieurs malades ainsi traités ont été soumis à la Société de thérapeutique pour exécuter publiquement ce lavage. La première est une femme de vingt-quatre ans, atteinte de dyspepsie putride, avec dilatation de l'estomac, et qui vomissait continuellement depuis six mois. Sous l'influence des lavages avec l'eau de Vichy et une solution d'acide borique, ses vomissements ont cessé, et l'assimilation a été telle qu'une augmentation du poids du corps de 4 kilogrammes en est résultée en quatre semaines.

Une jeune fille de seize ans, atteinte de dyspepsie simple avec vomissements, procède elle-même au lavage de son estomac avec le siphon. La déglutition du tube et l'opération tout entière se sont accomplies, dans ces deux cas, avec la plus grande facilité.

Une femme de vingt-un ans, entrée à l'hôpital Cochin au mois d'août, présentait des symptômes gastriques faisant penser à un ulcère simple de l'estomac remontant à trois ans. Sous l'influence du lavage, les vomissements ont cessé, et son poids, qui était de 52 kilogrammes le 7 août, en atteignait 60 dix jours après. Elle sortait de l'hôpital en septembre, entièrement guérie. Elle pratique ces lavages avec une ha-

bileté extrême et en a perfectionné le manuel en se secouant vivement, après avoir ingurgité le liquide, pour mieux laver les parois de l'estomac.

Plusieurs cas de gastrite alcoolique, traités de la même manière, ont aussi guéri rapidement. (*Soc. de thér.*, octobre, et *Gaz hebd.*, nos 43 et 46.)

Dans un *faux cancer* avec douleurs vives, vomissements noirs, amaigrissement considérable, cachexie très marquée, mais sans tumeur épigastrique, les meilleurs résultats en ont été obtenus. Le malade était si faible que le premier lavage dut être pratiqué dans le décubitus dorsal, à cause de l'imminence d'une syncope dans la position assise. Des détritus de toutes sortes, entre autres des pepins de raisin ingérés cinq mois auparavant, furent expulsés dans cette première séance. Un grand bien-être, la cessation des douleurs, des vomissements, de la gastrorrhagie, et le retour de l'appétit s'ensuivirent, en employant de l'eau additionnée de 10 gouttes de perchlorure de fer par litre, puis du lait de bismuth et des lavements de peptone.

A la Maison de santé, un malade atteint de douleurs stomacales très vives, avec vomissements répétés régulièrement après tous les deux repas et renfermant parfois des matières noires, était arrivé à un état de cachexie profonde, lorsque ce traitement fut institué avec le siphon par M. E. Labbée. Une amélioration inespérée en fut le résultat. Si l'on ne peut en conclure la non-existence du cancer, on peut espérer du moins que ce sont là des cas d'induration pylorique simple, comme Kussmaul en a publié. (*Idem*, novembre.)

Die peristaltische Unruhe des Magens (sur les contractions péristaltiques continues de l'estomac), par le professeur Kussmaul, de Leipzig.

Observation de deux femmes nerveuses présentant des mouvements péristaltiques très énergiques et continus à travers la paroi abdominale, sans qu'il existât un rétrécissement pylorique. Ils s'observaient même à jeun et s'exagéraient après les repas au point de se communiquer au canal intestinal, avec une sensation de contraction fort pénible. Un peu de dilatation et de verticalité de l'organe avec des symptômes dyspeptiques en étaient les seules ano-

malies. De là le diagnostic d'une névrose de la motilité plutôt que d'un catarrhe de l'estomac.

L'abaissement de la grande courbure de l'estomac au-dessous de l'ombilic, soit qu'il conserve sa forme normale, soit qu'il prenne une direction verticale si le pylore s'abaisse, est une cause fréquente d'erreur d'une dilatation qui n'existe pas.

La plénitude de l'estomac par le poids des matières logées dans la grande courbure peut, en exerçant une traction sur l'anneau pylorique, le transformer en une fente imperméable et produire une dilatation, comme dans l'oblitération du pylore. La disparition des symptômes par le vomissement ou le lavage suffit à déceler l'erreur.

La présence de la matière colorante de la bile dans le liquide du lavage exclut l'existence d'un rétrécissement du pylore, car son écoulement du duodénum est provoqué par l'introduction du tube ou de la sonde œsophagienne, qui s'accompagne presque infailliblement d'un léger effort de vomissement. Son absence au contraire n'implique pas absolument ce rétrécissement. (*Revue mens.*, n° 10.)

ÉTRANGLEMENTS INTERNES. *Laparotomie.* (Voy. ce mot.)

EXERCICE. Une convention internationale entre la France et le roi des Pays-Bas règle l'exercice de la médecine sur les frontières limitrophes du grand-duché de Luxembourg avec l'arrondissement de Briey (Meurthe-et-Moselle) y confinant. Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires français et luxembourgeois, établis et exerçant légalement dans les communes limitrophes, auront le droit réciproque d'exercer de l'autre côté de la frontière dans les limites suivantes :

COMMUNES FRANÇAISES	COMMUNES LUXEMBOURGEOISES
Canton de Longwy.	*Differdange.*
Bréhain-la-Ville.	Wesquenhof.
Haucourt.	Airsain.
Herserange.	Gras.
Hussigny.	Rœbachermuhl.
Longwy.	Lasauraze.
Mont Saint-Martin.	Niedercorn.
Saulnes.	Obercorn.
Thil.	

Thiercelet.
Villers-la-Montagne.
Vilerupt.

Canton de Longuyon.

Cons-la-Granville.
Longuyon.
Joppecourt.
Pierrepont.

Petange.

Lamadeleine.
Arthusmülh.
Grundmülh.
Rodange
Airsain.
Blanberge.
La Moragole.

Canton d'Audun.

Audun.
Crusnes.
Fillières.

Sanem.

Belvaux.
Ernshof.
Ehlérange.
Arsdorferhof.
Neulocher.
Soleuvre.
Scheuerhof.
Gaderscheuerhof.

Cette convention avec l'étranger appelle la réciprocité dans la législation française. Pourquoi la loi n'édicte-t-elle pas explicitement, par addition à celle de ventôse an XI, le droit pour les officiers de santé d'exercer dans les communes limitrophes de leurs départements respectifs? L'usage en étant consacré dans la pratique, il serait logique de le sanctionner par la loi.

Exercice en Algérie. Conformément à la loi du 20 décembre 1879, un décret présidentiel, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, a autorisé l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger à organiser un enseignement en vue d'un troisième ordre de médecins indigènes, appelés les sous-officiers de santé de l'Algérie, et à leur décerner le certificat d'aptitude à l'exercice. Le gouverneur général déterminera les circonscriptions d'exercice par des arrêtés individuels qu'il aura toujours la faculté de rapporter.

Ce certificat ne pourra être délivré à un Européen, et les candidats, pour se faire inscrire, doivent avoir vingt ans accomplis et subir un examen préalable constatant qu'ils parlent et écrivent le français et possèdent les éléments de calcul. L'enseignement pour l'obtenir dure quatre trimestres

consécutifs, et le programme, fixé par un arrêté, devra répondre à celui des deux examens à subir. Le premier, sur la connaissance élémentaire des parties du corps humain et de leurs fonctions, et le second sur la connaissance des principales maladies externes et internes, l'emploi des médicaments usuels, des soins chirurgicaux et sur les règles élémentaires d'hygiène.

Ils peuvent être subis dans la même session, et, en cas d'échec, le candidat est remis à six mois d'intervalle pour le premier et trois mois seulement pour le second. Les droits en sont de trente francs pour chacun.

Exercice en Russie. Un rapport officiel du ministre de l'intérieur de Russie, section médicale, établit que le nombre total des médecins exerçant dans l'empire était seulement de 13 476 dont 2035 docteurs. 371 étant morts dans le courant de cette année et 690 ayant été autorisés à exercer, la liste se trouvait donc portée à 13795 au commencement de 1879. Il y a en outre 5100 sous-chirurgiens, 2,666 sages-femmes et 1652 pharmaciens. Pour une population évaluée à plus de 80 millions, on comprend que les secours médicaux fassent défaut, surtout en temps d'épidémie, de diphthérite et de typhus, comme cette année. Avis aux *périodeutes*.

Exercice en Amérique. D'après une loi promulguée au mois d'avril dernier, nul ne pourra exercer la médecine ni la chirurgie dans l'État de New-York, s'il ne justifie qu'il est pourvu d'un diplôme ou d'une autorisation d'un Collège médical de cet État ou d'un jury d'examinateurs de l'Université. La date du 1er octobre a été fixée comme le dernier terme pour faire cette justification. Or, à cette date, 1980 médecins seulement s'étaient fait inscrire, sur plus de 4000 qui exercent dans la seule ville de New-York. Les autres sont maintenant passibles d'une amende fixée de 50 à 200 dollars, soit 250 à 1000 francs, et de 500 à 2500 francs plus un à trois mois d'emprisonnement, s'ils donnent lieu à des poursuites comme non autorisés à exercer. C'est donc la guerre au charlatanisme et aux faux diplômes, là-bas comme ici. (*Boston med. and surg. journal*, octobre.)

Un bill ou projet de loi a été déposé à la législature cali-

fornienne tendant à prohiber la remise que les pharmaciens ou *druggists* sont tenus actuellement de faire aux médecins sur leurs ordonnances. On peut juger par ce fait à quel degré d'abaissement et de mercantilisme se trouve encore l'exercice de la médecine au pays de l'or.

F

FERMENTATION. *Eau oxygénée.* En voyant M. P. Bert arrêter les phénomènes de putréfaction par l'action du gaz oxygène sous pression, le docteur Regnard s'est demandé si les liquides contenant de l'oxygène sous tension n'auraient pas le même effet. Et il a dès lors expérimenté avec l'eau oxygénée au 100e, c'est-à-dire une partie d'eau oxygénée purifiée avec le sulfate d'argent pour 100 parties d'eau simple.

Du lait, de l'urine et d'autres liquides contenant des ferments figurés, ont été placés dans des éprouvettes. Quelques gouttes d'eau oxygénée versées dans celle-ci en ont empêché la fermentation, tandis que celles qui en étaient privées comme témoins ont fermenté aussitôt.

Une seule goutte d'eau oxygénée dans une proportion considérable de levain de bière mélangé au sucre a prévenu tout dégagement de gaz acide carbonique.

De l'urine et du lait placés dans des flacons débouchés, avec quelques gouttes d'eau oxygénée, n'étaient ni fermentés, ni putréfiés, ni coagulés dix jours après.

Du vin détestable, susceptible de tourner, et des cerises, soumis à l'action de l'eau oxygénée, se sont dépouillés rapidement de leurs matières étrangères et sont devenus d'une grande limpidité en se conservant, tandis que les flacons témoins étaient couverts de mousse, et qu'un monde d'organismes y pullulait en développant une odeur nauséabonde.

Il a suffi d'introduire dans toutes ces préparations un fragment de fibrine, qui décompose rapidement les liquides oxygénés, pour que des phénomènes de décomposition s'y manifestent aussitôt.

Telle est la puissance de l'eau oxygénée sur la fermentation qu'elle détruit même les algues. Elle peut avoir de

nombreuses applications en médecine, comme antiputride dans les pansements. Il ne s'agit que d'empêcher son contact avec la fibrine du sang. (*Soc. de biol.*, 12 juin.)

Cette action avait été signalée dès 1858 par le docteur W. Richardson dans ses leçons à la Société des arts de Londres, dont voici un extrait : « Je prends une forte bouteille avec un goulot étroit, et j'y introduis de la viande de bœuf avec du gaz oxygène. On y fait pénétrer ensuite une solution de peroxyde d'hydrogène, de manière qu'elle ne soit pas en contact avec la viande, jusqu'à ce que le bouchon soit placé dans le goulot et fixé, comme pour le champagne ou l'eau de Selz. La bouteille étant alors agitée, il se fait un rapide dégagement d'oxygène et une pression de gaz égale à 3 atmosphères. Dans cet état, de petits spécimens de bœuf ont pu être parfaitement conservés pendant un voyage à Rio-de-Janeiro, aller et retour. » (*Lancet*, 4 septembre.)

FERMENTS. Depuis le jour où, renversant la théorie de Liebig sur la nature des fermentations, M. Pasteur a montré que les véritables agents de ces phénomènes sont des organismes inférieurs, des êtres vivants qui, placés dans des conditions spéciales, provoquent, pour vivre, la décomposition de la matière fermentescible leur servant d'aliment, une révolution a commencé dans le domaine des sciences biologiques, dit M. Talamon, révolution dont les conséquences sur le terrain de la pathologie se développent lentement, mais sûrement. La doctrine des germes dans les maladies n'est en effet que le corollaire de la théorie des ferments animés dans la fermentation. La liaison est si vraie qu'à la théorie pathogénique des maladies contagieuses par les virus de la doctrine de Liebig correspond la théorie des germes dans celle de Pasteur. Cette voie si logique était prévue dès le milieu du XVIIe siècle par R. Boyle, qui l'annonçait prophétiquement en ces termes, dans son *Essai de physique pathologique* : « Celui qui pourra sonder jusqu'au fond la nature des ferments et de la fermentation sera, sans doute, beaucoup plus capable qu'un autre de donner une juste explication des divers phénomènes morbides des fièvres, comme d'autres affections, phénomènes qui ne seront peut-être jamais bien compris sans une connaissance appro-

fondie de la théorie des fermentations. » (*Rev. mensuelle*, mai.)

Le rôle du microbe dans l'organisme humain et vivant ou seulement animal, sur la production des maladies, est malheureusement encore loin d'être aussi positivement démontré que celui des ferments alcoolique, tartrique, butyrique, dans l'altération des vins et de la bière et même de certains liquides animaux comme le lait, l'urine, le sang. Que d'inconnues encore sur la production du charbon par la bactéridie et qui oserait dire qu'elle agit par fermentation plutôt que par empoisonnement? On n'est même pas d'accord sur la nature végétale ou animale de ces microbes organiques placés à la limite extrême de la vie dans les deux règnes. Au contraire, un dissentiment complet existe à cet égard entre les deux plus éminents naturalistes français. Au lieu d'être, suivant M. Pasteur, des animalcules vivants préformés, vibrions ou microbes, déterminant par la fermentation la vie ou la mort, ce ne sont pour M. Robin que des spores, des cellules cryptogamiques végétales libres, des moisissures, des champignons, qui, en tombant dans tel ou tel milieu, se développent et prolifèrent. Leur résistance aux réactifs, l'acide acétique et l'ammoniaque en particulier, en est la preuve par la cellulose qu'ils contiennent. Si rien n'est moins surprenant, dit-il, que de voir des plantes vivre dans un courant d'acide carbonique, sans oxygène libre, il est impossible de découvrir aucun animal quelconque dans le même cas, comme les *anaérobies* de M. Pasteur. La vie latente de ces corpuscules-germes cache ainsi un profond mystère, comme il l'a écrit, car en produisant, par leur ensemencement, des vibrions vivants et semblables à ceux dont ils proviennent, c'est une véritable génération spontanée, puisqu'ils ne vivaient pas auparavant.

Les ferments animaux de M. Pasteur sont ainsi purement végétaux d'après M. Robin. C'est, dit-il, la désassimilation du sucre de ces plantes, par dédoublement en alcool et en acide carbonique, qui est la fermentation et la représente comme unité physiologique dans chaque unité anatomique. Là est toute la *théorie des fermentations*. (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, janvier.)

Quoi qu'il en soit de la nature de ces germes, il est évi-

dent que c'est dans les phénomènes de fermentation qu'ils développent que résident aujourd'hui les plus vastes problèmes de la vie et de la mort.

Carica papaya, plante exotique récemment importée en France et dont l'activité fermentescible a vivement intéressé l'attention médicale. M. Bouchut paraît s'en être occupé le premier en France en faisant venir un échantillon de Bahia qui lui fut adressé par le docteur da Silva Lima le 15 mai 1877. Mais sa première note à ce sujet à l'Académie des sciences est du 24 août 1879, tandis que, dès le mois d'avril précédent, le docteur Moncorvo publiait un mémoire étendu, botanique et thérapeutique, sur cette plante dans le *Progresso medico* de Rio-Janeiro, traduit dans le *Journal de thérapeutique*, dès le 10 juin suivant, et présenté ensuite à la Société médico-pratique de Paris.

Il serait superflu de chercher à résoudre cette question de priorité, car, dès 1850, le docteur Hoefer a signalé les singulières propriétés du suc laiteux de cette plante. Étendu d'eau et mélangé avec de la viande de bœuf hachée, il était susceptible, d'après lui, de désagréger complètement celle-ci et de la dissoudre comme la pepsine. Un médecin anglais, le docteur Roy, a confirmé, par de nouvelles expériences très détaillées, la réalité de ces faits. (*Union méd.*, février 1875.) Il n'y a donc de nouveau que les applications thérapeutiques faites avec ce suc et les accidents auxquels il peut donner lieu.

D'après le docteur Moncorvo, deux genres de cette plante, de la famille des Papayacées, existent au Brésil. Le *Carica papaya* en est le type et se cultive dans presque toutes les provinces ; il est connu sous le nom de *mamoeiro*.

Il atteint une hauteur de 2 à 12 mètres, tandis que l'autre, espèce sauvage, le *Carica-spinosa*, s'élève à 25 ou 30 mètres. L'aspect en est caractéristique, par son tronc simple, vertical, non ramifié, diminuant graduellement de diamètre de la base au sommet, couronné de feuilles longuement pétiolées et palmées. Les fleurs, groupées au sommet du tronc, sont ordinairement dioïques, les femelles étant d'un jaune pâle et les mâles blanches. Le fruit, appelé *mamão*, est d'une couleur verte et prend la teinte du jaune d'œuf à sa maturité comme la citrouille.

De l'écorce du tronc, lisse et cendrée, s'écoule, de la plus petite solution de continuité, un suc laiteux, utilisé par les indigènes du pays, qui, de temps immémorial, en ajoutent une petite quantité à la viande dure et coriace pour l'attendrir, la rendre plus agréable à manger et de digestion plus facile. Les Indiens ont même l'habitude de suspendre, à la partie supérieure de l'arbre, les viandes, les volailles et le gibier qu'ils veulent attendrir.

En répétant ces expériences sur la viande, M. Moncorvo a constaté que le suc laiteux du tronc ou du fruit exerce une véritable action dissolvante ou digestive sur les substances azotées. La solution aqueuse produit le même effet, tandis que la solution alcoolique est complètement inerte. Les substances féculentes ou amylacées résistent à son action. Appliqué sur la peau, il la rend lisse et moelleuse et fait disparaître les éphélides; sous le derme, il produit une action extrêmement irritante, douloureuse, arrachant des cris à l'animal et aboutissant à un abcès. Une infection purulente, mortelle en trente-six heures, en a même été la suite.

Un gramme, dissous dans 2 grammes d'eau, introduit dans l'estomac d'un cabiais, a déterminé des évacuations sanguinolentes et une profonde ulcération hâtive de l'estomac.

Les semences du fruit ont les mêmes propriétés, tandis que la décoction des feuilles en est exempte.

Traité par le double de son volume d'alcool concentré, le suc donne un précipité floconneux, verdâtre, amorphe, qui serait une véritable pepsine végétale, appelée *caricine* par l'auteur. Elle est soluble dans l'eau distillée, tandis que l'alcool et les acides forts n'ont pas d'action sur elle. (*Soc. médico-pratique*, septembre 1879.)

Papaïne. Avec la collaboration de M. Bouchut, M. Wurtz, en précipitant le ferment soluble du suc de papayer par l'alcool, n'a pas trouvé sa composition constante. Il renferme une proportion de matière minérale pouvant s'élever à 10 0/0 et même plus. L'emploi du sous-acétate de plomb et de l'hydrogène sulfuré ensuite forme une solution qui, précipitée par l'alcool, donne une matière d'une composition à peu près constante. C'est la papaïne ou ferment

digestif du suc du *Carica papaya*, dont voici la composition :

Carbone	52,36	52,19	52,9
Hydrogène	7,37	7,12	»
Azote	16,94	16,40	16,44
Cendres	2,60	4.22	3,40

Ce corps a donc la composition des matières albuminoïdes et en offre tous les caractères. Il paraît se rapprocher du ferment pancréatique nommé *trypsine* par M. Kühne. A la différence de la pepsine, la trypsine paraît se rapprocher des matières albuminoïdes ; son action sur ces dernières paraît plus énergique que celle de la papaïne. Celle-ci dissout rapidement de grandes quantités de fibrine, même en liqueur neutre ; mais, pour que la liqueur ne précipite plus par l'acide nitrique, il faut faire intervenir une quantité relativement assez forte de papaïne, par exemple 0 gr. 3 pour 10 grammes de fibrine humide, et prolonger la digestion à 50° pendant quarante-huit heures. (*Acad. des sciences.*)

En poursuivant ces expériences avec le suc de papayer dilué ou avec la papaïne, non plus sur des matières albuminoïdes mortes, mais sur des tissus vivants, sains ou pathologiques, d'adénomes et de cancers, M. Bouchut est arrivé à des résultats intéressants. Il a vu les tissus se digérer et se convertir en peptones, comme les matières albuminoïdes mortes.

Dans trois cas de cancer du sein et un cas de cancer des ganglions de l'aine après castration, rencontrés à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan, des injections de papaïne ont amené le ramollissement et la digestion de tumeurs dures, énormes. Le produit liquide, retiré par aspiration d'un de ces cancers, gros comme le poing, examiné au laboratoire de la Faculté par M. Henninger, a paru être un véritable peptone. Cela démontre que l'action de la papaïne sur le tissu cancéreux a été une vraie digestion.

Une grosse grenouille vivante, en partie dépouillée de sa peau et mise tout entière dans un vase rempli de suc de papayer dilué au cinquième, est morte après douze heures, en partie digérée au bout de vingt-quatre, et, après deux jours, il n'en restait plus que le squelette.

De là la conclusion que la papaïne est capable de digérer

tous les tissus organisés, même lorsqu'ils sont vivants. Ce serait une *pepsine végétale* agissant sur les tissus d'un animal vivant, de même façon que sur les matières albuminoïdes déposées dans l'estomac ou dans un vase de laboratoire. (*Idem.*)

Cette pepsine végétale doit être employée avec la plus grande réserve, d'après un fait d'empoisonnement mortel observé par le docteur Moncorvo. Une malade ayant fait usage du suc du tronc du carica, sur le conseil d'une voisine imprudente, succombait quelques jours après, avec tous les symptômes d'une péritonite subaiguë, consécutive à une entérite. Bien que le défaut d'autopsie n'ait pas permis de constater directement les lésions, il est probable que le suc laiteux pur agit sur l'homme comme sur les animaux.

La papaïne, dépouillée des principes toxiques et oléo-résineux, n'a donc pas les mêmes dangers. Du sirop et du vin préparés par un pharmacien de Paris, avec cet alcaloïde, digèrent assez rapidement un bifteck, sans que l'on puisse dire s'il y a dissolution simple ou production de peptone assimilable. Quoi qu'il en soit, la digestion artificielle est bien plus complète avec ces préparations qu'avec la pepsine ordinaire. Leur emploi thérapeutique pourra donc être d'un précieux secours. (*Soc. de thér.*, février et mars.)

D'après M. Bouchut, ce n'est pas seulement dans l'écorce et le fruit du carica que cette pepsine existe. Un grand nombre de végétaux auraient la même propriété. Le ficus contient ainsi, dans son latex, la ficoïne, et le suc du figuier, recueilli en avril sur des arbres de la Provence, a montré les mêmes propriétés.

5 grammes de suc laiteux en partie coagulé ont été mis dans un verre avec 60 grammes d'eau distillée et 10 grammes de fibrine humide, à l'étuve de 50°. Au bout de quelques heures, la fibrine était attaquée, ramollie, et, le soir, elle était digérée, en laissant un petit résidu blanchâtre au fond du verre.

On a ajouté successivement, dans ce même verre et dans le même liquide, d'abord 10 grammes de fibrine humide, qui ont été digérés en douze heures, puis 12 grammes, puis 15 grammes, et cela huit fois à un ou deux jours de distance, ayant toujours soin de remettre le vase dans

l'étuve. Ces différentes additions ont employé 90 grammes de fibrine pour un mois d'expérience.

Chaque quantité de fibrine a été digérée en moins de vingt-quatre heures et a laissé un résidu blanchâtre homogène, qui s'ajoutait au résidu de la digestion précédente. La solution donnait une odeur prononcée de bon bouillon, sans la moindre putridité, et avec une odeur agréable, due au coagulum résineux du suc de figuier, laissé à dessein dans le verre.

Au bout d'un mois, ces digestions de fibrine n'avaient pas fermenté, elles conservaient une bonne odeur de viande digérée, plus l'arome de la résine de figuier. (*Acad. des sc.* et *Journ. de pharm. et de chim.*, août.).Voy. GÉNÉRATION.

FIBROMES UTÉRINS. La méthode thérapeutique du professeur Courty, de Montpellier, contre les fibro-myomes utérins, se résume en deux ordres de moyens, locaux et généraux. Les premiers sont des injections à une température aussi élevée que la malade peut la supporter, soit de 45° environ, d'eau additionnée de 25 grammes d'acide phénique par litre, et des injections sous-cutanées d'ergotine faites dans le voisinage de l'affection. Les premières sont anticongestives et antihémorrhagiques. Il applique de plus l'action électrolytique du courant continu par intermittences réglées avec un métronome. Il administre concurremment les toniques, les altérants, iodure et bromure de potassium, à l'intérieur.

Ce n'est pas que l'on puisse obtenir la résolution de tous des fibro-myomes par ce traitement. Ceux qui sont anciens et très durs y résistent. Mais les fibromes à forme congestive, qui forment environ les deux tiers des cas, en sont rapidement modifiés, améliorés, sinon guéris. Les hémorrhagies graves et les points douloureux correspondant aux ovaires sont surtout calmés par les injections hypodermiques de morphine. Il est donc rationnel de recourir à ce traitement avant de songer à leur excision ou leur extirpation. (*Assoc. française.*)

Injections pâteuses. Au lieu des injections liquides, topiques ou interstitielles et les autres moyens dirigés contre les tumeurs fibro-interstitielles de l'utérus, dont il rappelle l'histoire, le docteur A. Tripier, après divers essais pour y

substituer des topiques sous forme de crayons, s'est arrêté au vulgaire savon de Marseille ou au savon amygdalin pour en faire l'excipient. Un mélange de savon en copeaux et de solutions plus ou moins concentrées de substances actives, communément employées comme modificateurs locaux dans les affections des muqueuses : l'iodure de potassium, le chlorate de potasse, le sulfate de cuivre, des sels de zinc, de fer, des chromates, des sulfures et surtout les alcaloïdes, lui servent à cet effet. La morphine, la conicine, la digitaline, l'aconitine, l'atropine et surtout la quinine sont aussi incorporées dans ces excipients, en les tenant pendant un ou plusieurs jours sur un bain-marie à une température voisine de 40°, jusqu'à ce que le mélange, fréquemment remué, ait acquis la consistance convenable. On l'aspire alors dans des tubes de verre de 12 à 13 centimètres de long et d'un calibre un peu inférieur à celui de la sonde qui sert à en faire l'injection ou plutôt à les introduire dans l'utérus. Après leur refroidissement, on les chasse avec un mandrin sur une feuille de verre, où ils sèchent durant quelques heures avant d'être mis en flacon. Toute une série de topiques sont ainsi obtenus d'une manière uniforme, et chaque crayon, de moins de un centimètre cube de volume, renferme une dose bien déterminée du médicament. C'est la dosimétrie appliquée à la muqueuse utérine.

L'injection de ces topiques se fait avec une sonde droite bien calibrée, de 4 millimètres de diamètre, munie d'un piston intérieur. Deux anneaux sont fixés à l'extrémité libre et un troisième au piston, tandis que l'extrémité pénétrante, longue de 3 centimètres, est conique, en filière, et se visse sur le corps cylindrique. On introduit le topique en enlevant le piston, qui le pousse ensuite doucement, sans qu'il soit nécessaire de décrire le *modus faciendi*, comme le fait minutieusement l'auteur.

On comprend qu'un cathétérisme préalable du col soit toujours indispensable, car il n'est pas de praticien qui ne connaisse les difficultés qu'il y a à pénétrer dans l'utérus. Le manuel opératoire n'a donc rien de spécial.

Tout en signalant les bons effets obtenus avec les crayons au chlorate de potasse et surtout l'iodure de potassium contre la dysménorrhée membraneuse, ainsi que du savon

cuprique, contre les ulcérations tenaces et l'état fongueux de la muqueuse utérine, l'auteur s'est attaché surtout au traitement du fibrome interstitiel. Et relatant les divers agents usités contre lui : iodure de potassium, ergot et ergotine, gastrotomie, électricité, dont il fait le procès à main levée pour en laisser subsister le moins d'indications possibles, il montre l'avantage de ses crayons de savon ioduré sur ces tumeurs par l'indication des résultats obtenus chez 15 malades, toutes avec une diminution notable après un très grand nombre d'injections, mais sans une seule guérison complète. Par compensation, les douleurs réflexes et surtout les hémorrhagies provoquées et entretenues par ces tumeurs cèdent et diminuent rapidement par la révulsion faradique ou l'addition de la digitale, sinon de l'ergotine, aux crayons.

La douleur causée par ces topiques est très faible, courte, sinon nulle. Les malades retournent ainsi facilement chez elles après leur introduction. Le nombre et la concordance des résultats joints à la rapidité de leur manifestation sont les témoignages de l'action efficace de ces crayons. L'honorabilité scientifique de l'auteur peut bien inspirer confiance à cet égard et faire expérimenter cette nouvelle médication, mais les faits ne nous semblent pas suffisamment concluants pour convaincre. (*Bull. de thérap.*, 15 octobre.)

FIÈVRES. Dans plusieurs cas de fièvres intermittentes graves ou larvées, observés à Nantes, le docteur Bonamy a constaté les avantages immédiats de l'administration de la quinine dans du rhum au début de l'accès. Plusieurs fois il a été ainsi enrayé. Ce mode d'administration, employé à l'Hôtel-Dieu par M. Hérard, serait donc une dernière ressource à utiliser, dans les formes pernicieuses, pour détourner un péril imminent qu'il est impossible de vaincre autrement. (*Bull. de thérap.*, 15 août.)

Etiologie parasitaire. De nouvelles observations par M. Laveran lui ont fait constater des éléments figurés dans le sang des malades atteints de fièvre palustre. Ces organismes sont de trois sortes. Il ne paraît pas qu'ils se reproduisent dans le sang des personnes inoculées ; ce seraient des parasites inféconds. Tout en ayant combattu cette étiologie autrefois, M. Colin, professeur d'épidémiologie au Val-

de-Grâce, recommande ces recherches à l'attention de l'Académie de médecine. (*Séance du 23 novembre.*)

La febbre continua epidemica. Fièvre épidémique continue ayant régné à Catane depuis septembre 1878 jusqu'en avril 1879. Dans ce mémoire de vingt-deux pages in-folio, lu à l'Académie *Gioenia* en 1879, le professeur Salv. Tommaselli discute le caractère nosologique d'une fièvre épidémique qui a sévi sur toute la population durant les mois de décembre, janvier et février surtout, c'est-à-dire les moins chauds de l'année. Les enfants âgés de deux à six ans, et les individus au-dessus de cinquante ans n'ont été frappés que par exception, même dans les maisons, les familles où elle sévissait, tandis que, entre ces deux âges, la plupart des habitants étaient atteints sans choix de sexe ni de position. Après une invasion lente, irrégulière de cinq à huit jours, le pouls s'élevait rapidement de 39 à 41° avec des rémittences et des intermittences irrégulières du matin au soir ou à plusieurs jours d'intervalle, en persistant de quinze jours à trois ou quatre mois, malgré l'usage de la quinine. Absence d'aspect typhoïde, de météorisme et de gargouillement dans la fosse iliaque, malgré la diarrhée ordinaire. Presque tous les malades accusaient des douleurs à la nuque, augmentant par les mouvements de la tête. Aucune hémorrhagie, sauf de légers épistaxis, ni accidents respiratoires; malgré de grands troubles nerveux : abattement, adynamie profonde, l'intelligence restait intacte.

Quatre formes principales en ont été distinguées : *gastrique*, où les purgatifs réussissaient le mieux; *intermittente*, c'est-à-dire avec exacerbations; *nerveuse* et *paralytique*. Celle-ci était la plus grave avec météorisme et diarrhée, délire et mort du dixième au douzième jour. Dans ces deux dernières formes, des sueurs partielles ou générales, parfois profuses et prolongées, acides, marquaient la rémission et étaient suivies d'éruptions miliaires sur le thorax et les épaules ou de roséole généralisée, sans influence sur la fièvre.

L'auteur ne pouvant voir là les caractères des fièvres continues ordinaires : typhoïde ni typhus exanthématique, pas plus que rémittentes ni intermittentes, s'ingénie à en faire un type particulier, selon l'école napolitaine, une fièvre spéciale du sud de l'Italie. Mais le défaut absolu d'observations cliniques et d'autopsies ne permet pas de se prononcer et l'exis-

tence simultanée de fièvres paludéennes des marais et de fièvre typhoïdes franches commande une réserve encore plus grande. La fièvre typhoïde est assez protéiforme pour que, en certains climats et sur certaines populations exposées à la malaria, elle affecte des types particuliers se rapprochant plus ou moins de la forme classique et que l'autopsie seule permettrait de reconnaître par la lésion caractéristique. Celle-ci pouvant seule trancher la question, elle devait être le principal sujet du débat, tandis qu'elle n'y figure que pour mémoire. Le succès des purgatifs ici, du quinquina là et de l'acide salicylique ailleurs, pas plus que la théorie de l'empoisonnement miasmatique du sang, ne peuvent rien élucider sans ce facteur indispensable. Il est inutile de disserter en dehors de ce signe spécifique et à peu près infaillible dans toute fièvre typhoïde.

Plus que les autres parties de l'Italie, la Sicile peut donner naissance à ces fièvres protéiformes, bâtardes, mixtes ou neutres. La nature de son sol, couvert de marais et étangs aux eaux stagnantes, d'irrigations agricoles persistantes avec une température très élevée sont autant de conditions qui, en favorisant la décomposition végétale et animale, provoquent des fermentations et des émanations miasmatiques. La présence des micro-organismes, comme les algues, et jusqu'au microbe spécifique de la malaria a même été constaté. De là l'infection paludéenne, le règne endémique des fièvres intermittentes de tous les types et de toutes les formes, se mêlant et se confondant ensemble, s'aggravant et se dénaturant à la longue par l'anémie miasmatique qui en résulte et les altérations organiques qui en sont la conséquence.

Ces complications sont d'autant plus fréquentes que l'infection malarienne agit d'une manière incessante sur des populations ayant une prédisposition congénitale ou individuelle à la malaria par leur anémie native. Les récidives s'ensuivent ainsi et déterminent une véritable cachexie palustre avec engorgement, hypertrophie de la rate, sur laquelle l'antipériodique par excellence : la quinine, reste sans effet. Au contraire, elle manifeste son action pyrogène par une véritable intoxication dont les caractères sont le tremblement convulsif, le vomissement, la diarrhée, l'hématurie ou plutôt l'hémoglobinurie et l'ictère, qui en est le symp-

tôme prédominant. C'est là du moins ce qui résulte d'un autre mémoire de l'auteur, basé sur douze observations cliniques, où ces faits sont démontrés, quoique l'autopsie manquant dans la plupart des cas ne permette pas toujours d'être aussi affirmatif. Le sujet de l'observation X montra par exemple à l'autopsie, deux à trois ans après les symptômes de cette intoxication quinique, un cœur de bœuf avec insuffisance de la valvule tricuspide et dégénérescence graisseuse, sans aucune lésion rénale ni splénique. De là des erreurs possibles dans le diagnostic au début de ces profondes altérations, encore inappréciables, et qui sont mises inévitablement sur le compte de l'infection palustre ou l'intoxication quinique. (*La intossicasione chinica et l'infezione malarica*, par le docteur Salv. Tomaselli; in-folio de 116 pages, Catane, 1877.)

Fièvre typhoïde. Cette pyrexie se rencontre dans tous les pays, chez toutes les races, à toutes les époques de l'année, dit le docteur E. Besnier. C'est un des types nosologiques les plus fréquents et l'un des mieux caractérisés. La France en est la terre classique, et sa capitale le foyer principal. En l'étudiant avec sagacité et persévérance depuis quinze ans dans ses rapports trimestriels à la Société médicale des hôpitaux, sur ce théâtre de ses principales manifestations et d'après les documents les plus authentiques, il croit pouvoir tirer de ses recherches statistiques les règles certaines et précises qui suivent sur sa marche et sa prophylaxie.

1200 décès en résultent en moyenne chaque annnée, soit 12 pour 100 de la mortalité totale, en variant de 800 à 2000. Sa morbidité annuelle s'étend de 6 à 17 000 personnes.

Le minimum de la mortalité annuelle est exactement limité de novembre à mai et juin, et le maximum de juillet à la fin d'octobre. Les chiffres de cette dernière période dépassent presque ceux de la première. Tel est le fait précis et incontestable qui ressort, avec toute la rigueur d'une démonstration scientifique, des tableaux statistiques. C'est donc la manifestation éclatante de la loi qui préside aux rapports des conditions cosmiques, telluriques, c'est-à-dire locales et saisonnières, avec cette fièvre.

Le pronostic varie suivant ces périodes de l'année. La chaleur ramène et aggrave la fièvre typhoïde, et les con-

ditions atmosphériques et telluriques de l'automne maintiennent cette aggravation. Le froid la fait cesser, au contraire. La valeur d'un traitement ne saurait donc être appréciée sans tenir compte de ces influences.

La prophylaxie se trouve ainsi éclairée : c'est à l'époque où le danger de propagation et d'intensité du mal est le plus accusé qu'il faut redoubler de précautions pour se mettre à l'abri. Les travaux d'assainissement et de terrassement, toujours susceptibles d'amener dans l'atmosphère des miasmes telluriques, surtout au voisinage des habitations, ne doivent donc être exécutés qu'en hiver ou au printemps, avant les grandes chaleurs. C'est au mépris de ces indications précises que le sol des rues de Paris n'a jamais été plus fouillé et bouleversé en été que dans ces derniers temps, au grand dommage de l'industrie et du commerce, autant qu'au péril des passants, des habitants et de l'hygiène publique.

La statistique démontrant de même que l'âge le plus exposé à contracter la fièvre typhoïde est celui que les jeunes gens passent sous les drapeaux, c'est surtout du côté de l'armée que ces efforts de la prophylaxie doivent être dirigés. Et, comme c'est de même en été et en automne qu'éclatent les grandes épidémies dans les casernes et parmi les troupes agglomérées, l'hygiène et la dispersion sont également prescrites à cette époque de l'année. (*Acad. de méd.*, 23 novembre.)

Contagiosité. Elle a été spécialement recherchée par le docteur Alison dans sa circonscription médicale des Vosges comprenant vingt-sept petites communes d'une population totale de 15,000 habitants; Baccarat et Deneuvre — dont la population condensée de 7000 habitants ne permet pas de suivre avec certitude les traces du contage — ayant été exclues de ce recensement.

De 1870 à 1878 inclusivement, 21 communes ont été envahies par le fléau, en formant 49 foyers ou centres typhoïdiques divisés en :

9 épidémies généralisées;

22 foyers circonscrits;

18 cas simples ou isolés.

1202 individus ont été atteints, soit le 13e de la population

totale, avec une mortalité de 124 ou 1 mort sur 10 malades.

Sur ces 49 centres typhoïdiques, la contagion a été manifeste dans 33 cas et moins évidente dans les 16 autres, quoique certaine pour l'auteur parce que c'étaient des cas de réapparition de la maladie, consécutifs à des foyers d'importation contagieuse antérieure. La contagion serait donc un des éléments constants de la genèse de la fièvre typhoïde.

Mais, en praticien éclairé, l'auteur est loin de n'admettre que cette seule cause. Il y réunit, au contraire, toutes les autres causes contingentes d'individualité, comme l'encombrement, les fatigues extrêmes, les chagrins profonds, la mauvaise alimentation, la détérioration organique, aussi bien que celle de la putridité et des conditions atmosphériques. D'où la division étiologique suivante montrant la fréquence prédominante et relative de ces différentes causes sur ces 49 foyers.

Contagion seule	19 cas.
Associée aux conditions individuelles et putrides	12
Conditions individuelles seules	8
Associées à la contagion et à la putridité	12
Putridité seule	9
Associée à la contagion et aux conditions individuelles	40
Conditions atmosphériques seules	12

Oui, c'est bien ainsi que s'accumulent, se multiplient et s'ajoutent les causes de cette redoutable maladie, dans les campagnes, pour la produire et souvent en déterminer la terminaison fatale. Mais, la contagion en est certainement la première et la plus puissante, d'après cette savante et laborieuse enquête, et c'est contre elle que les populations rurales ont le plus à se prémunir. (*Arch. de méd.*, janvier à mars.)

Taches bleues, ardoisées ou ombrées. Longtemps regardées comme l'un des caractères de la fièvre typhoïde, ces taches viennent d'être radicalement déchues de leur valeur symptomatique et réduites, par M. Duguet, à l'état de simple *pou parasite*. On peut s'étonner de cette déconvenue pyramidale, car, depuis plus d'un demi-siècle, ce prétendu signe, ce pou était l'objet de l'attention des plus célèbres observateurs. Monneret a signalé les taches bleues dans l'état bilieux, les fièvres typhoïdes légères et les fièvres synoques. Béhier

affirme que les taches bleues se rencontrent chez les individus atteints de fièvre typhoïde et coïncident avec les lésions intestinales. Pour Trousseau, elles sont l'indice d'une fièvre typhoïde à forme bénigne. Jaccoud les a signalées dans les fièvres intermittentes tierces.

En 1878, parurent les *Nouvelles recherches sur les taches ombrées* de M. Moursou, chirurgien de marine, qui, après neuf années d'observations et d'études sur plus de 250 cas de taches ombrées, en est arrivé à conclure qu'il a toujours trouvé, dans ces cas, des poux du pubis, et cela sous toutes les latitudes, non-seulement chez des malades atteints de fièvre typhoïde, mais encore chez les malades présentant les affections les plus diverses, telles que synoques, fièvres bilieuses, embarras gastriques, fièvres jaunes, pleurésies, pneumonies, diarrhées, dysenteries de Cochinchine, et même dans des cas de blessures et de maladies vénériennes, et parfois chez des hommes bien portants. Inversement, il a vu chez *la plupart* des sujets atteints de poux du pubis, sinon *tous*, en les observant pendant une vingtaine de jours, apparaître des taches ombrées.

Il y aurait donc des sujets réfractaires à l'action de l'animal.

Bien persuadé qu'il existe une relation complète, absolue, entre les poux du pubis et la présence des taches bleues, l'auteur montre comment la distribution de ces taches sur les différentes parties du corps n'a pas lieu au hasard; il fait voir qu'elle répond à merveille aux chemins parcourus habituellement par les poux du pubis; ces chemins sont commandés par la direction générale des poils répandus à la surface du corps et qui tourbillonnent principalement autour de deux foyers principaux, l'aine et l'aisselle.

Ces détails précis sur la coïncidence des poux du pubis avec les taches ombrées constituaient donc bien la découverte de cette grossière erreur symptomatique. Mais on y fit à peine attention, ou ce fut pour en sourire. L'observation d'un homme inconnu ne pouvait être mise au-dessus de celle des plus grands cliniciens. Il fallut qu'un médecin des hôpitaux de Paris se convainquît de la réalité de cette découverte et la présentât sous une nouvelle forme, plus convaincante, pour lui donner le crédit qu'elle mérite. Voici donc le récit de M. Duguet :

L'an dernier, dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, je pus observer, dans les huit derniers mois de l'année, onze à douze malades chez lesquels la coïncidence des taches bleues et des poux du pubis fut facile à constater.

Depuis le commencement de cette année, j'en ai observé quatorze nouveaux cas, dont j'ai pris note avec soin.

Frappé de cette coïncidence constante, j'eus la pensée que le *phthirius* devait introduire dans le derme quelque chose de comparable à un venin et que, si je parvenais à introduire moi-même ce venin, je produirais les taches bleues à volonté, à moins de tomber sur des sujets réfractaires. De là l'idée d'insérer ou plutôt d'inoculer cette substance sous l'épiderme, à la manière du vaccin.

Ayant recueilli vingt-cinq poux du pubis, je les broyai, les pilai et en fis une pâtée étendue de deux gouttes d'eau pour la rendre moins sèche. En ayant chargé à sept reprises une lancette à vaccin, je fis successivement sept piqûres, six placées sur une ligne horizontale et une septième au-dessus, distantes les unes des autres de 3 à 4 centimètres, sur la région thoracique antérieure de mon treizième malade, immédiatement au-dessus de la région épigastrique. L'interne ne vit rien le soir, en dehors des piqûres faites le matin; mais le lendemain, à la visite, les élèves constataient avec moi sept taches bleues magnifiques, circulaires, larges de un centimètres et demi environ, légèrement déprimées, ayant à leur centre un petit point noirâtre surmontant une légère papule et résultant de mes piqûres de la veille; en un mot, sept taches bleues offrant absolument tous les caractères classiques. La différence du point central tenait sans doute à la grossièreté de l'instrument dont je m'étais servi, comparé à celui plus fin, plus délié, dont se sert l'animal pour introduire son venin par une piqûre qui reste invisible pour nous.

Ces taches ont été constatées le lendemain et le surlendemain par mes collègues Rigal et Beaumetz; les jours suivants, elles pâlirent, puis, s'éteignant peu à peu, finirent par disparaître au bout de dix jours.

La contre-épreuve fut faite, le lendemain de mes sept insertions, sur le même malade. Avec une lancette bien nettoyée et sèche, j'avais piqué la peau du thorax, sur une ligne horizontale un peu élevée, en six points différents. Je

n'introduisis rien dans les piqûres, mais aussi je n'obtins rien qu'une petite papule surmontée d'un point noirâtre, résultat de la blessure faite par la lancette ; je n'obtins rien, ni au bout de vingt-quatre heures, ni les jours suivants. C'était donc manifestement l'inoculation de la matière des poux qui avait produit les taches bleues dans les sept piqûres précédentes et non la maladie.

L'expérience confirmative en a été faite directement par M. Buret, externe. A deux reprises et à deux jours d'intervalle, il s'inocula le broiement de deux poux, sans addition d'eau, au bras et au poignet, et, douze heures après, il montrait de belles taches bleues, absolument semblables à celles des malades. Un autre externe, s'étant également inoculé, se montra pourtant réfractaire, comme pour expliquer que des malades peuvent avoir des poux sur le corps sans jamais présenter de taches bleues. Ce sont des réfractaires à la piqûre de l'animal ou du moins de son venin.

Ces animaux ont d'ailleurs été pris en flagrant délit d'insertion, en confirmation d'une expérience déjà signalée par M. Moursou. Un médecin de la marine, M. Coquiard, trouvant un jour un pou du pubis sur le ventre d'un malade, l'avait entouré d'un cercle de nitrate d'argent, et, vingt-quatre heures après, le pou avait disparu, laissant, comme trace de son passage, une tache ombrée très nette.

Le troisième malade de M. Duguet, si infortuné dans la même rencontre, présentait, le lendemain de son entrée à l'hôpital, immédiatement au-dessus de l'ombilic, une belle tache bleue arrondie, large de un centimètre et demi, avec un magnifique phthirius inguinalis cramponné au centre. Immédiatement au-dessus de l'ombilic, le même malade présentait encore une tache bleue, ayant environ 3 centimètres de diamètre, irrégulièrement arrondie, composée sans doute de trois à quatre taches bleues primitives, mais fondues par leurs bords réunis, et sur le milieu de laquelle se trouvaient installés, à quelque distance les uns des autres, quatre poux du pubis également très adhérents à la peau du malade. Tout porte à croire que ces animaux étaient semblablement restés au centre des taches ombrées qu'ils venaient de produire.

La preuve inverse s'est offerte également, un matin, sur la face externe de la cuisse droite du quatorzième malade,

atteint de fièvre éphémère, avec taches bleues péripubiennes très abondantes et accompagnement de nombreux poux du pubis. Ayant constaté la présence d'un phthirius inguinalis, arrêté dans sa promenade et fixé à la peau, je le laissai précieusement en place, l'entourant d'un cercle de nitrate d'argent, grand comme une pièce de cinq francs. Le lendemain, l'animal avait disparu; mais on trouvait, au centre du cercle, deux taches bleues côte à côte, larges de 5 à 6 millimètres, qui n'existaient point la veille et qui mirent sept à huit jours pour s'effacer complètement.

De là la preuve qu'il est possible de déterminer artificiellement des taches bleues ou ardoisées à volonté avec le pou du pubis, et que ce signe n'a pas d'autre valeur diagnostique que la présence de ces parasites. Elles n'ont donc aujourd'hui que cette indication restreinte et celle de l'emploi de l'onguent napolitain chez ces malades. (*Revue méd.*, 5 juin.)

Forme rénale. Outre les signes locaux pouvant la déceler, les éruptions anormales, dans leur apparition, leur forme ou leur marche, peuvent en être l'indice et en annoncer la forme grave, comme M. Quinquaud l'avait prévu par ses analyses du sang et de l'urine. Je ne serais pas éloigné de penser, dit-il, que certains exanthèmes d'affections fébriles ne soient dominés par des troubles des fonctions rénales. Une observation rapportée par M. le docteur Amat, dans sa thèse inaugurale, en est la confirmation.

Un chaudronnier de vingt-trois ans, venu à Paris depuis deux mois, entre le 31 janvier à la clinique de la Charité, présentant tous les symptômes d'une fièvre typhoïde adynamique, notamment une profonde stupeur, avec une tache rosée sur l'abdomen. Dès le 2 février apparaissent quatre ou cinq taches rosées. Le lendemain, l'urine sanguinolente est rendue et de nombreuses taches rosées couvrent le ventre et la poitrine. Le 11 apparaît une éruption vésiculeuse et papuleuse, avec un peu d'hémorrhagie interstitielle cutanée, représentée par des pustules blanches, très saillantes, au milieu d'une aréole rosée. Cet érythème s'étend le lendemain au ventre et aux bras par traînées; des nodosités furonculeuses se montrent aux fesses; puis l'abdomen se couvre de furoncles, le 22 février, qui envahissent bientôt

toute la surface cutanée, jusqu'à la mort, qui a lieu dans le coma, le 26 février, c'est-à-dire au vingt-septième jour de la maladie.

L'autopsie révèle sur deux plaques de Peyer, au niveau du cœcum, deux ulcérations comme une pièce de cinquante centimes, à bords légèrement décollés et à fond gris jaunâtre coloré par les matières fécales. Ce sont les seules lésions rencontrées sur toute la longueur de l'intestin. La rate n'est ni tuméfiée ni ramollie : elle mesure environ cinq travers de doigt.

Mais, par contre, les reins sont augmentés de volume; le gauche est injecté. Les pyramides tranchent par leur coloration violette sur la substance corticale, dans laquelle les pyramides de Ferrein sont marquées par l'injection des veines interlobulaires. Les lésions rénales sont plus marquées à droite, où il existe une pyélite suraiguë; la membrane du bassinet, au lieu de présenter son aspect mince et nacré habituel, est épaissie, d'un blanc mat, couverte d'une injection veineuse admirable.

Les capillaires de la muqueuse dessinent des mailles polygonales, émanant de points nodaux et se ramifiant autour d'eux. La surface des papilles du rein, d'une part, et, de l'autre, le tiers supérieur de l'uretère, sont remplis par la même injection. En pressant le sommet des pyramides de Malpighi, on voit sortir par leurs pores urinifères une substance lactescente, analogue à du pus et à l'enduit catarrhal qui recouvre le bassinet injecté. Il existe donc une propagation de la pyélite aux tubes droits de Bellini. Injection très intense des deux substances du rein, et, sur deux ou trois points, dans la direction des irradiations médullaires, se voient des traînées de liquide purulent, placées au milieu d'un point de ramollissement rouge. Il existe donc non seulement une pyélite et une néphrite des tubes droits (néphrite catarrhale), mais encore une néphrite interstitielle avec points de suppuration. Le cerveau n'est point altéré. (*De la fièvre typhoïde à forme rénale*, thèse inaugurale, Paris, 1878.)

Inflammation généralisée des muqueuses. Un seul fait a suffi à M. Cornil pour promulguer cette nouvelle doctrine que la fièvre typhoïde détermine le plus souvent, et pour

ainsi dire sur toutes les muqueuses des voies respiratoires et digestives, une véritable inflammation catarrhale, consistant dans l'infiltration de leur tissu conjonctif. C'est le contraire des grands observateurs, comme Louis, qui n'érigeait jamais une règle, une loi que sur un grand nombre de faits.

Il s'agit d'un homme entré à l'hôpital le 12 mai, malade depuis près de trois semaines et présentant tous les caractères d'une fièvre typhoïde, accompagnée de nausées et de vomissements glaireux qui se répétaient chaque jour et durèrent jusqu'à la fin. La courbe de la température oscilla de 39°,1 le matin à 40° le soir. Dans les derniers jours, il fut pris d'une pneumonie lobaire franche, pneumonie qui a caractérisé la dernière épidémie de fièvres typhoïdes et à laquelle il a succombé.

L'autopsie a démontré une pneumonie fibrineuse circonscrite au lobe inférieur. Comme lésions intestinales, trois plaques de Peyer seulement malades. Du côté de l'estomac, des lésions caractérisées par un épaississement du tissu conjonctif à sa partie terminale formant bourrelet, autour des glandes de l'estomac, ayant leurs dimensions normales. Au-dessous des culs-de-sac glandulaires, entre eux et la couche musculeuse de la muqueuse, vaisseaux congestionnés, remplis de sang, et infiltration de cellules lymphatiques. C'était une véritable gastrite, dans toute l'expression du mot.

La fièvre typhoïde ne serait donc pas seulement caractérisée par une lésion localisée sur l'intestin, mais bien généralisée sur la muqueuse des autres organes. (*Soc. méd. des hôp.*, juin.)

Parotidite. Cette complication rare s'est montrée pendant la convalescence, comme elle le fait ordinairement, d'un jeune matelot de dix-huit ans, dans la clinique du professeur da Costa, à Philadelphie. C'est le troisième cas qu'il rencontre. Chomel et Trousseau n'en ont chacun observé qu'un seul, et Murchison en rapporte seulement six. C'est donc une curiosité, tandis qu'elle est assez fréquente dans le *typhus fever*. Sur un total de cinquante malades observés en 1864-1865, il en a signalé cinq cas. Différence attribuée à la tendance plus grande de la suppuration.

Tous les topiques résolutifs, jusqu'au vésicatoire, s'étant montrés à peu près sans efficacité pour diminuer la rougeur et le gonflement dans les cas précédents, un sac de glace a été appliqué dans celui-ci avec grand avantage. La glande a diminué immédiatement, et un vésicatoire a achevé la résolution. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 15, avril.)

Ces topiques énergiques n'ont-ils pas le danger de provoquer une rétrocession sur le testicule? La fréquence et la gravité de cette rétrocession, observées chez les jeunes soldats en France, doivent au moins en pareil cas mettre les praticiens sur la réserve.

Attaques épileptiformes symptomatiques. Un garçon de treize ans fut amené dans le service de M. J. Guyot, à la suite d'une attaque épileptiforme et dans le coma. Les renseignements recueillis apprennent qu'il avait toujours joui jusque-là d'une bonne santé. Rien n'avait pu faire soupçonner chez lui aucune disposition diathésique, lorsque, quelques jours avant l'attaque, il avait été pris de malaise et de diarrhée, ce qui, du reste, ne l'avait pas empêché de continuer à travailler et à faire les courses dont il était chargé. C'est pendant une de ces courses qu'il avait été atteint brusquement d'une attaque épileptiforme. Une deuxième attaque s'était produite au moment de son entrée à l'hôpital. Le lendemain, à la visite, il était dans l'état comateux, avec contracture des membres supérieurs, raideur du cou, trismus et dilatation des pupilles. Il avait uriné dans son lit et n'avait plus d'urine dans la vessie; température à 38°. Le soir, le coma persistait, la température était à 40°. Le lendemain, c'est-à-dire quarante-huit heures après le premier accident, il succomba.

A l'autopsie, on ne trouva qu'une simple injection des méninges; mais, en examinant les organes abdominaux, on constata, dans la région-iléo cæcale, l'existence de plaques de Peyer dont le développement paraissait correspondre au quatrième jour de l'évolution dothiénentérique. (*Soc. méd. des hôpit.*, novembre 1879.)

Muguet. Cette complication rare, qui ne se manifeste ordinairement qu'à la fin des maladies longues et graves,

et comme l'expression d'une profonde débilité de l'organisme, a été observée au début de la fièvre typhoïde épidémique qui a régné à Rouen en juillet et août. Sur vingt-huit cas graves, observés en ville par le docteur Ch. Deshayes, vingt-quatre ont présenté du muguet vers la fin du premier septénaire ou au début du second, alors que la fièvre était dans toute son intensité, avec une température de 39 à 40°. Tous ces malades étaient adultes, de dix-sept à cinquante-six ans, dans une aisance relative, et sans que la débilité puisse être admise comme cause productrice ni même prédisposante. L'apparition s'est faite sans rougeurs prémonitoires ni desquamation épithéliale de la muqueuse. Le siège le plus fréquent était au voile du palais, sur les piliers antérieurs, sous forme de semis, et parfois toute la cavité buccale. Le borate de soude et le chlorate de potasse, simultanément administrés, ont suffi à le faire disparaître en trois ou quatre jours et la fièvre typhoïde n'en a été nullement aggravée. La mortalité a été de trois seulement, dont un seul cas avec muguet.

A quoi donc attribuer cette complication? Au génie épidémique seul. Deux médecins ont observé les mêmes particularités dans leur clientèle. Il se manifestait simultanément aussi chez d'autres malades, non avec la même régularité et la même ténacité, mais éclatait spontanément parfois chez des enfants en apparence bien portants. Ce ne fut donc là qu'un épisode épidémique enté sur un autre. (*Gaz. hebd.*, n° 43.)

Désinfection des selles par l'administration du charbon. Outre l'inconvénient de l'odeur fétide des selles rendues par les typhiques, il y a danger que leur rétention, dans l'intestin malade, ne produise des accidents d'infection. Leur désinfection est donc toute rationnelle. Les sulfites et l'hyposulfite de soude en particulier ont été employés à cet effet. Des lavements froids d'hyposulfite de soude suffisent, d'après M. Constantin Paul, à désinfecter les selles. Chomel administrait le chlorure de chaux. 1 à 2 grammes d'acide salicylique dans de l'eau de riz ont donné d'excellents résultats à M. Guéneau de Mussy : les selles perdaient leur odeur nauséabonde.

Un médecin de la marine, M. Maurel, préconise à cet effet

1 gr. 50 à 2 grammes par jour de poudre de charbon. Il supprime ainsi l'odeur et croit éviter l'absorption des matières putrides.

Mais cette médication, employée par M. Bouchard depuis plusieurs années, n'a pas donné ces résultats, à aussi faible dose. Il administre la poudre de charbon par cuillerées à bouche toutes les trois heures dans un verre d'eau rougie. L'odeur fétide des selles disparaît alors rapidement. Aucune hémorrhagie intestinale n'est survenue par l'action topique des globules de charbon sur les plaques de Peyer, et, sur de nombreux cas traités de cette manière depuis deux mois, il n'y a eu que deux décès, malgré l'intensité de l'épidémie. Les lavements au permanganate de potasse, essayés par M. Gouraud, ont paru désinfecter aussi les garde-robes et combattre efficacement la tympanite. (*Soc. méd. des hôp.*, février et mars.)

Action de l'acide phénique sur la température. Si l'on donne à un fébricitant, dit le professeur Desplats, en lavements, en boissons ou en injections sous-cutanées, 50 ou même 25 centigrammes d'acide phénique, un abaissement rapide de la température en résulte. Des injections et des lavages de la plèvre avec une solution phéniquée ont été l'occasion de cette découverte. La température qui oscillait entre 39° et 40° s'abaissa à 37°, pendant trente-six heures, par suite d'une absorption d'un à deux grammes d'acide phénique. Les typhiques et les tuberculeux, sans en éprouver des effets aussi persistants, présentent également cet abaissement thermique. Cinq observations en témoignent chez deux typhiques, un varioleux, un phthisique et une fièvre puerpérale. Un abaissement de plusieurs dixièmes en est constamment résulté dans ces cas.

Des différentes voies d'introduction, l'auteur donne la préférence aux lavements, en commençant par la dose de 1 gramme et même au dessous pour les adultes jusqu'à deux grammes au maximum, dissous dans 100 à 150 grammes d'eau; 15 à 30 centigrammes suffisent pour les enfants. L'administration en est indiquée par l'état de la fièvre. Un siphon a même été installé chez un sixième malade, atteint d'un fièvre rémittente, pour exercer une action continue. La quantité d'acide s'est élevée ainsi quotidiennement de 5

à 12 grammes par jour sans inconvénient. Un typhique en a absorbé 113 grammes durant sa maladie et jusqu'à 91 grammes en onze jours. Mais ce ne sont pas là des exemples à imiter. (*Acad. de méd.*, 8 septembre, et *Gaz. hebd.*, n° 39.)

Bains continus. Aux bains froids intermittents de Brandt, dont justice a été faite, un autre médecin allemand, le docteur Reiss de Berlin, substitue les bains tièdes continus. Une réfrigération persistante lui semble plus efficace qu'une réfrigération transitoire et il soumet ses malades à une immersion continue en les suspendant, sur une espèce de hamac, dans un bain à 88° Fahr. Dès le début, il les y maintient pendant vingt-quatre heures, à moins que l'abaissement de la température soit trop grand et, dès le second jour, la règle est de ne l'en sortir que si la température rectale descend au-dessous de 99°,2 et de le réimmerser dès qu'elle s'élève à 101°,5. A l'exception de quelques cas, la température revient à l'état normal en douze ou vingt-quatre heures, mais elle remonte promptement, surtout au début, dès que les malades sortent du bain. De là la règle de mettre beaucoup moins d'intervalle entre les immersions au commencement de la fièvre qu'à la fin.

47 cas graves de fièvre typhoïde ont été traités de cette manière, du troisième au douzième jour de la maladie. Sur 42 des plus ressemblants, la durée du bain a varié entre sept et trente-huit jours, soit une moyenne de 18,2; 3 décès seulement sont survenus, soit une mortalité de 6,2 pour cent. La pneumonie en a causé 2, ce qui montre assez que cette méthode excentrique n'est pas exempte de dangers. Mais l'influence de ces bains continus a été si favorable sur les autres symptômes que l'auteur n'hésite pas à en recommander l'emploi. Le pouls est pourtant resté fréquent, contrastant avec l'abaissement de la température; mais la somnolence, le délire et tous les accidents cérébraux ont cessé rapidement. Aucune complication intestinale ne s'est manifestée. (*Lancet*, 4 septembre.)

En admettant l'avantage de ce refroidissement continu, l'application de l'appareil de M. Dumontpallier serait beaucoup plus commode et supportable. Voy. TEMPÉRATURE.

Ventouses sèches. Sauf les cas dont la bénignité n'implique aucun traitement actif, le docteur Huchard les emploie systématiquement contre les congestions qui se manifestent chez la plupart des typhiques vers les poumons, les reins, l'intestin, le cerveau même. Par la dérivation sanguine qu'elles provoquent en activant la circulation capillaire, elles libèrent d'autant les organes internes et l'on voit la stupeur diminuer, l'état général s'améliorer et la température s'abaisser. A cet effet, on les applique au nombre de 20 à 30 chaque jour, matin et soir, à la base de la poitrine, sur le ventre et le haut des cuisses, en les laissant un quart d'heure en place. Elles agissent dès lors comme un puissant stimulant et l'on comprend que l'on en retire de grands avantages, comme des faits nombreux, recueillis depuis deux ans, en sont la preuve. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août.)

Salicylate de soude. Donné à faible dose par le docteur Hallopeau dans 20 cas de fièvre typhoïde à l'hôpital Tenon, il a constamment déterminé un abaissement notable de la température au niveau de la normale et qui se maintenait deux ou trois jours environ. Après un purgatif au calomel, 2 grammes en sont administrés alternativement avec le sulfate de quinine. De là l'absence d'accidents, tels que la dyspnée, les congestions, les hémorrhagies. Il est même prudent de s'en abstenir dès que cette tendance se manifeste. A ces doses faibles et alternantes, il rend non seulement la fièvre plus bénigne, mais plus courte et l'adynamie diminue manifestement par son emploi.

Des 20 malades ainsi traités, 3 seulement ont succombé, l'un à une perforation intestinale, l'autre à une pneumonie et le dernier à sa sortie de l'hôpital. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 août.)

Potion tonique. Devant la difficulté et l'impossibilité même parfois de se procurer des préparations pharmaceutiques dans la pratique rurale, le docteur Auger prescrit la boisson simplifiée suivante : Une tasse de café noir dans une tasse d'eau avec quatre cuillerées à bouche de quinquina et une à deux d'eau-de-vie, s'il y a adynamie, et quantité suffisante de sucre. A prendre par cuillerées à café d'heure en heure. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Mort subite. Dans une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Alger l'hiver dernier, le docteur Marvaud constate que sur 90 malades entrés à l'hôpital du Dey, d'octobre 1879 au mois de février suivant, 22 sont morts, soit un décès sur quatre. Les complications thoraciques précoces en furent un caractère distinctif pour expliquer cette mortalité. Dans 10 cas, des concrétions fibrineuses, ayant tous les caractères de caillots formés pendant la vie, furent rencontrées dans les cavités droites, avec des lésions pulmonaires très accusées. De là le rôle attribué à cette cause dans 4 cas de mort subite, laquelle peut se confondre avec la syncope, qui en est généralement regardée comme la principale.

Un double enseignement ressort de ce fait : c'est de savoir si les lésions thoraciques ne provoquent pas la formation de ces concrétions fibrineuses dans les cavités droites et si dans les cas de mort subite, même par syncope apparente, ces caillots fibrineux n'en sont pas la cause directe. (*Archiv. de méd.*, août et septembre.)

Des altérations organiques et fonctionnelles de l'appareil auditif dans la fièvre typhoïde, par le docteur Hasseler, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. Quarante et un malades observés dans le premier semestre de cette année prouvent que les bourdonnements d'oreilles et la dysécie sont la règle durant le premier septénaire, un fait encore fréquent dans les deux suivants, et une exception plus tard.

C'est une erreur de considérer l'apparition de la surdité comme d'un pronostic favorable; l'otite externe se propage le plus souvent à l'oreille moyenne; elle peut être durable si le malade est faible, maladif, scrofuleux et disposé aux suppurations. La congestion du labyrinthe peut aussi s'ensuivre et même s'étendre des méninges au cerveau.

Les altérations fonctionnelles de l'oreille interne sont le plus fréquentes au début, quelle que soit la cause sanguine ou nerveuse qui les détermine. De là l'indication de combattre ces causes. Les gargarismes ou les lavages du pharynx avec une éponge, pour empêcher les mucosités d'obstruer les trompes ou en combattre le catarrhe, sont surtout efficaces pour prévenir ces complications.

Essais d'urologie clinique dans la fièvre typhoïde, par le docteur A. Robin. Un vol. in-8° de 264 pages.

FISTULES. Fistules pyo-stercorales. Variété nouvelle, établie par le docteur A. Blin dans sa thèse inaugurale (*Paris*, 1879), comme résultant de l'ouverture de certains abcès de la cavité abdominale à l'extérieur et dans l'intestin. Le foyer est ainsi intermédiaire à l'une et à l'autre; et, tandis que les matières fécales contiennent du pus, le pus de l'orifice cutané contient aussi des gaz, sinon des matières fécales. Elles sont donc faciles à diagnostiquer.

Cette complication rare se rencontre dans les abcès périnéphrétiques, les périityphlites suppurées, les abcès de la fosse iliaque, les suppurations s'accompagnant de la sortie de vers intestinaux. Des observations cliniques en sont rapportées à l'appui et servent à établir l'anatomie pathologique et clinique de cette affection.

Neuf fois sur dix, la perforation intestinale occupe le gros intestin, et l'orifice cutané, unique ou multiple, occupe les fosses iliaques, le pli de l'aine, la région lombaire, la région ombilicale, et peut même se présenter à la partie supérieure de la cuisse.

Le diagnostic est facile par les signes mêmes de l'écoulement externe. L'apparition brusque et spontanée de sang ou de gaz fécaloïdes à l'orifice externe suffit à faire rechercher la présence du pus dans les selles. De là la gravité et la marche essentiellement chronique de ces fistules et la difficulté de leur guérison. Une opération seule pourrait tarir le foyer, et sa gravité empêche le plus souvent d'y recourir.

Fistule urétérale. Une opération nouvelle a été opposée avec succès en Allemagne contre cette ouverture de l'uretère sur son trajet. C'est la résection du rein. Une première application en a été faite en France par M. L. Le Fort, et l'approbation qui lui a été donnée fait prévoir son adoption définitive. (Voy. NÉPHRECTOMIE.)

Fistule anale. *Avantages du thermo-cautère.* C'est à préciser les règles de ce nouveau procédé, employé aujourd'hui par plusieurs chirurgiens des hôpitaux, que le docteur Farcy a consacré sa thèse inaugurale (*Paris*, mars 1880). La température pouvant être maintenue uniforme avec le thermo-cautère Paquelin, on ne doit pas dépasser celle du rouge

sombre. Une chaleur plus élevée enlèverait à l'instrument ses principaux avantages. Un spéculum univalve peut être placé dans le rectum, dans le but de protéger la muqueuse contre le faible rayonnement du couteau. On passe une forte sonde cannelée dans le trajet fistuleux ; si la fistule est borgne, on la transforme en fistule complète en poussant fortement la sonde à travers les tissus le plus souvent friables. On tend légèrement la sonde, et on divise lentement le pont de la fistule, en suivant la cannelure comme conducteur. S'il y a des diverticulum, on y plonge le couteau. La durée moyenne de l'opération n'est que de cinq à six minutes. Au bout de quatre à cinq jours, l'eschare se détache et laisse voir une belle couche de bourgeons charnus. La guérison est complète après vingt-cinq ou trente jours.

La rapidité de l'opération rend l'anesthésie inutile, et l'eschare, d'un millimètre d'épaisseur environ, suffit à isoler les surfaces avivées de l'air extérieur. De là l'indolence de la plaie par le rempart qu'elle forme contre l'action des matières fécales. En isolant les surfaces avivées de l'air extérieur, elle prévient la pénétration des germes infectieux et des éléments septiques. La rareté de la fièvre traumatique et l'absence des complications habituelles en sont la conséquence. La suppuration est diminuée, et il n'y a pas de déformation cicatricielle. Par son action hémostatique sur les petits vaisseaux, les hémorrhagies primitives ou secondaires sont évitées. Avantages immenses pour les sujets débilités par une diathèse ancienne.

Cet instrument est très utile dans les fistules à marche rapide ou lorsqu'il existe des clapiers anfractueux. Il en détruit les callosités, les indurations et les fausses membranes et excite la vitalité des tissus, sans perte de substance, en prévenant la récidive.

Le thermo-cautère est supérieur ici au galvano-cautère, à la ligature élastique, le bistouri, l'écraseur, l'entérotome, les injections irritantes et les caustiques. Le galvano-cautère, qui donne les meilleurs résultats, est coûteux, infidèle, d'un emploi difficile et moins hémostatique que le thermo-cautère. Quatorze observations avec cet instrument viennent à l'appui de ces conclusions.

FRACTURES. *Fréquence de leur siége.* Un nouvel hôpital de l'Etat du *Rhode Island* ayant été ouvert à Providence, le 1er octobre 1868, le docteur Caswell, l'un des chirurgiens, a fait le relevé des fractures survenues pendant les dix premières années et dont il publie un tableau synoptique complet. 185 cas sont enregistrés chez 167 personnes, 12 en présentant deux et 3 un plus grand nombre. 8 luxations simples s'étant seulement offertes pendant le même espace de temps, on peut juger de la différence considérable entre ces deux lésions osseuses aux Etats-Unis.

Les fractures du pied et de la main n'étant pas comprises dans ce relevé, les plus fréquentes ont été naturellement celles des membres, aux inférieurs surtout, qui en comptent 76, presque la moitié totale, dont voici l'analyse :

37 du fémur, dont 10 du col et 27 du corps ; 4 étaient composées et se sont terminées fatalement ;

2 de la rotule ;

17 de la jambe ;

15 du tibia ;

5 du péroné.

12 femmes seulement contre 64 hommes.

Les membres supérieurs ne comptent que 39 cas chez 32 hommes et 7 femmes :

17 de l'humérus ;

7 de l'avant-bras ;

7 du radius ;

8 du cubitus.

Les autres fractures se divisent en :

13 de côtes, dont 3 femmes ;

12 de la clavicule, dont une seule femme ;

10 du crâne chez des hommes, dont 2 guérirent ;

9 des maxillaires, 6 des vertèbres dont 5 morts, et 4 de l'omoplate.

Il est remarquable que, sur ces 167 blessés, il n'y avait que 23 femmes, soit moins de 13 pour 100 hommes, c'est-à-dire en moindre proportion que la mortalité générale, qui a été de 25, soit 15 pour 100. Il serait curieux de juger si les femmes françaises, beaucoup plus exposées par leurs travaux actifs à ces fractures que les femmes américaines, en fournissent une proportion plus considérable. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 22.)

Formation du cal. Des nouvelles expériences de MM. Rigal et Vignal, il résulte que, dans toutes les fractures simples, le bouchon central devient directement osseux au milieu de la moelle, redevenue embryonnaire. Même en ruginant une partie de l'os, soit jusqu'au canal médullaire, soit moins profondément, la cicatrice a toujours été directement osseuse, lorsqu'il y avait réunion par première intention.

Au contraire, le cal passe par une période cartilagineuse dans toute fracture compliquée, même en laissant les fragments de l'os exposés à l'air pendant un temps assez long, soit que l'on évite l'inflammation suppurative, soit que la réunion par première intention ait lieu. Lors même que la fracture compliquée est suppurante, le cal est d'abord cartilagineux dans les points exempts de suppuration; tandis qu'il est primitivement osseux dans les fractures simples, dont les fragments baignent au milieu du pus pour une cause ou pour une autre. (*Acad. des sc.*, mai.)

Fractures du crâne. *Rupture de l'artère méningée.* Cette complication serait la plus fréquente cause de l'épanchement sanguin qui se rencontre entre le crâne et la dure-mère décollée, d'après M. Marchant. Sur 30 observations empruntées à la Société anatomique, 26 fois l'épanchement avait cette source et 4 fois seulement la rupture d'un sinus y donnait lieu. La source n'est pas indiquée dans les autres cas. C'est donc là qu'il faut la chercher ordinairement, d'après ses rapports anatomiques rappelés, mais non précisés par l'auteur, comme il conviendrait en pareil cas; d'autant que les détails ne sont ici d'aucune utilité pour préciser le diagnostic et ne peuvent nullement servir à l'application de la ligature ni du trépan.

Le mécanisme de cette rupture paraît s'opérer de deux manières bien différentes : elle est indirecte ou par contre-coup dans les fractures de la voûte s'irradiant latéralement vers le canal osseux que parcourt la branche antérieure de l'artère qui se rompt dès lors comme le vernis dont le fendillement suit la déchirure nette d'une toile, sans aucun décollement des parties environnantes. De là une hémorrhagie entre l'arachnoïde et la dure-mère, sans décollement de celle-ci, comme trois observations seulement en témoignent, ce qui indique assez la rareté de ce mécanisme.

Il est bien plus souvent direct par un traumatisme immédiat sur la région temporo-pariéto-occipitale fracturant les deux tables de l'os, dont les fragments, par leur dépression sinon les esquilles, en décollant ou refoulant la dure-mère, vont déchirer l'artère sur un des points étendus de son trajet. Sa déchirure se produit ainsi le plus souvent à la suite de chutes sur des parties saillantes : dalles, cave, trottoir, cour pavée, ou des chocs par des tuiles et des bouteilles. De là l'accumulation du sang entre la dure-mère décollée et la paroi interne du crâne. Il en résulte ces caillots volumineux et plats, mesurant 8 à 9 centimètres d'épaisseur sur 6 ou 7 de largeur, sous forme de brioche, galette, calotte, demi-sphères légèrement excavées du côté périphérique, signalés par les observateurs.

De la compression du cerveau, produite par ces caillots, résultent le coma et le stertor, rarement l'hémiplégie, avec irritation de l'écorce sans localisation. Mais ces troubles généraux, se retrouvant dans beaucoup d'autres lésions cérébrales, n'ont de valeur que par les signes locaux qui les accompagnent. Tels sont l'œdème et l'empâtement diffus de la région temporo-pariétale, avec douleur locale, ecchymose zygomatico-mastoïdienne. Le trismus et la dilatation de la pupille du côté de l'épanchement s'observent même dans quelques cas. (*Revue mens.*, mars.)

La ligature et le trépan étant ordinairement inapplicables, quoique essayés plusieurs fois, on comprend que ces recherches n'ont qu'un intérêt diagnostique et anatomique. Cela a suffi pour leur accorder un développement démesuré, hors de proportion avec leur utilité. De là des répétitions sans fin. Une analyse substantielle des points afférents au sujet en discussion ne serait-elle pas préférable à la relation diffuse de faits déjà publiés? Et ces expériences sur la force à déployer pour le décollement de la dure-mère, quel profit peut en retirer la pratique? La mode du jour, telle est leur justification. Et c'est ainsi que ces développements longs, diffus, prolixes, au lieu de faire mieux saisir et éclairer la question à résoudre, ne font que l'obscurcir. Qui trop embrasse mal étreint.

Une fracture du crâne par un tuyau de pipe est assez étrange pour en montrer l'authenticité. Deux hommes se

disputaient à Lille, le 4 avril dernier, lorsque l'agresseur, tenant dans sa main droite une pipe en terre dure d'Ounaing, dont le tuyau dépassait le creux de 5 à 6 centimètres, porte à son adversaire un violent coup de poing sur la tête. C'était un homme de vingt-cinq ans. Il ne perd pas connaissance et reprend son travail le lendemain. Ce n'est que le troisième jour que des convulsions surviennent, avec fièvre, délire et de la contracture du membre supérieur droit. La mort arriva dans la nuit.

De là poursuite et enquête contre le meurtrier, et l'autopsie judiciaire, pratiquée par le docteur Folet, constate une plaie du cuir chevelu dans la région frontale gauche, avec perforation presque circulaire du crâne, de 8 millimètres de diamètre. La portion correspondante de la table externe a disparu. Orifice correspondant de la dure-mère, sous lequel le morceau de la table externe est engagé dans la circonvolution frontale ascendante, au fond d'une dépression remplie de caillots sanguins. Une coupe verticale montre que cette dépression se continue verticalement dans l'hémisphère par un canal étroit de 4 centimètres de profondeur.

Malgré l'invraisemblance d'une telle lésion par une pipe, le récit précis des témoins, la dureté des pipes d'Ounaing, et le rapport du tuyau avec la lésion, en établissant la parfaite authenticité du fait, firent condamner le prévenu. (*Soc. de méd. du Nord* et *Bull. médical.*)

Fracture du col du fémur. *Rotation du pied en dehors.* Ce signe, négligé jusqu'ici par les auteurs classiques, est, d'après M. Tillaux, le plus sûr pour différencier la fracture intra-capsulaire de celle qui a lieu en dehors de la capsule ou plutôt de l'articulation, car, d'après les rapports anatomiques de la capsule, une fracture intra-capsulaire en arrière est presque toujours extra-capsulaire en avant, c'est-à-dire mixte. La dénomination d'articulaire est donc plus exacte.

Si la fracture intra-articulaire est beaucoup plus commune chez les vieillards par la raréfaction du tissu osseux, ce fait n'est pas constant. La distinction d'après la cause n'est pas plus sûre. Toute fracture résultant d'une chute sur le grand trochanter n'est pas absolument extra-articulaire, comme l'admet M. Rodet, pas plus que celle produite par une chute sur les pieds ou l'action musculaire n'est

intra-articulaire. Le fait suivant en est la démonstration.

Une journalière de soixante-huit ans glisse, tombe du côté gauche sur le trottoir et ne peut se relever. Apportée à Beaujon, elle présente le grand trochanter gauche, douloureux et sans crépitation, d'un centimètre plus large que le droit. Cette différence disparaît au contraire quand le pied gauche est étendu et que le membre est porté en dehors, rotation facile à corriger, tandis que le talon ne peut être soulevé. Le membre fracturé offre seulement un raccourcissement de un centimètre.

C'est par cette facilité de la rotation du membre en dehors que M. Tillaux diagnostique une fracture intra-articulaire. C'en est pour lui le signe pathognomonique, car, dans la fracture extra-articulaire, le col s'enfonce dans le grand trochanter, il y a pénétration des fragments ; d'où un raccourcissement considérable immédiat et l'impossibilité de corriger la rotation en dehors. Le diagnostic a pu être vérifié par l'autopsie dans un cas semblable. La fracture siégeait à un centimètre environ en dehors de la tête fémorale, sans pénétration des fragments.

Voici donc un résumé comparatif des grands signes différentiels.

Fractures intra-articulaires	Fractures extra-articulaires
Raccourcissement immédiat nul ou peu marqué.	Raccourcissement immédiat très grand.
Correction facile de la rotation en dehors.	Impossibilité de la correction en dehors.
Trochanter intact.	Aplatissement du trochanter.
Commune chez les vieillards.	A tout âge.

Ces signes suffiront au diagnostic différentiel dans la plupart des cas, contrairement à l'opinion des auteurs classiques qui le déclarent impossible. (*Union méd.*, n° 20.)

Fractures du fémur. *Epanchement intra-articulaire du genou.* Il ne s'agit plus de savoir s'il est produit par entorse de l'articulation ou par cause directe de la fracture. Le docteur Delamare l'ayant constaté dans l'autopsie judiciaire d'une femme arabe ayant reçu une balle qui avait traversé le fémur gauche, de même que dans une fracture du tiers moyen de la cuisse produite par un coup de pied de cheval

chez un spahis, il est évident qu'il se produit dans toute fracture de la cuisse, quel qu'en soit le siège et la cause, l'entorse directe ne fait que l'augmenter. (*Gaz. hebd.*, n° 26.)

Paralysie consécutive des extenseurs du pied. Deux cas en ont été constatés par le docteur Wagner chez des hommes jeunes, de vingt-cinq à vingt-huit ans, ayant des fractures du tiers moyen et du tiers inférieur du fémur. Tous les muscles innervés par le poplité externe étaient paralysés dans le premier cas, avec diminution de l'excitabilité électrique. Cependant, après un traitement de trois mois par l'électricité, les injections de strychnine, le massage et les bains, le malade marchait sans béquilles, en traînant le pied.

Il n'en fut pas de même dans le second cas, où quatre mois de traitement n'ont pu ramener la motilité. L'auteur attribue cette paralysie à la compression exercée sur le poplité externe par les bandes de diachylon et surtout les bandes circulaires entourant la partie supérieure de la jambe. En levant l'appareil, on trouva en effet une eschare au niveau de la tête du péroné et une autre au-dessus du talon. Malgré leur disparition, le pied est resté insensible. C'est là une véritable infirmité. (*Centralblatt f. chirurgie.*)

Fractures transversales de la rotule. Les pointes d'ivoire des Allemands, comme les griffes de Malgaigne pour assujettir et rapprocher les fragments, ne sont désormais plus de mise. La suture des tendons est même dépassée. (Voy. *année* 1878.) L'ouverture des articulations n'étant plus qu'un jeu innocent, grâce au nuage phéniqué, un chirurgien anglais, M. Rose, a imaginé de diviser les téguments sur la fracture et d'introduire un fil métallique dans chaque fragment, qu'il réunit ainsi exactement et solidement par une bonne suture. Deux cas résultant d'une action musculaire ont été traités par lui, celui d'une femme de trente-deux ans, admise au *Free Hospital* le 9 août, avec un épanchement excessif dans l'articulation et un écartement des fragments d'environ deux pouces. Une incision longitudinale de cinq pouces de long fut pratiquée sur la face antérieure et médiane du genou. De gros caillots noirs furent extraits. Les fragments mis à nu, un peu en dedans des ligaments latéraux, il suffit de percer chaque fragment avec

une vrille, d'y passer un fil métallique et de les rapprocher par la suture. La surface des fragments était bien épaissie par une substance organique, mais sans continuité entre eux. Ils furent ainsi réunis immédiatement. Une contre-ouverture fut pratiquée sur chaque côté de l'articulation, en y plaçant des crins pour le drainage, et la plaie réunie par des sutures phéniquées. Tout cela exécuté sous le nuage phéniqué, le membre fut placé sur une large attelle en arrière et mis sur un plan incliné. Six semaines après, la guérison était complète.

Un boucher de quarante et un ans fut reçu le même jour avec une lésion semblable et opéré de la même manière. Le résultat fut si satisfaisant que cet homme pouvait plier le genou à angle droit, monter les escaliers, avec un parfait usage du muscle droit, tandis que ces mouvements, chez la femme, étaient quelque peu limités. (*Soc. de méd. de Londres*, 17 novembre 1879.)

Des réserves formelles ont néanmoins été faites, par la plupart des chirurgiens présents, sur cette prétention inadmissible de traiter d'emblée tous les cas par une opération aussi dangereuse. « Est-ce que tous les membres traités autrement jusqu'ici sont restés inutiles? » s'est écrié M. Bryant, et, en donnant les preuves du contraire, il en conclut « que cette méthode n'était applicable qu'aux cas traités inefficacement par les moyens plus doux. Il n'est pas justifiable d'ouvrir une articulation avant qu'un autre traitement plus rationnel ait été essayé. » Et tous ses collègues d'applaudir. M. Lister seul, en prétendant que cette opération, sous le nuage phéniqué, n'était pas plus dangereuse que l'excision d'une tumeur graisseuse sans antiseptique, a fait chorus à l'auteur pour l'employer dans tous les cas récents, sans attendre l'affaiblissement et le raccourcissement du muscle droit. (*Lancet*, 22 novembre 1879.)

La priorité de ce singulier mode de réduction et de guérison a été réclamée par le professeur de chirurgie opératoire à l'Université d'Utrecht, Van der Meulen, qui l'a appliqué à la clinique de l'Université, le 6 juillet 1878, sur une femme de quarante-quatre ans, dont il relate l'observation dans tous ses détails. (*Idem*, 3 janvier.)

Fracture du péroné. *Paralysie consécutive.* Cette grave

complication, encore peu connue, s'est présentée dans deux cas récents, observés par M. Duplay, chez des hommes de quarante-huit et de soixante ans. Chez tous deux, la fracture siégeait à peu près au même niveau, vers le col de l'extrémité supérieure du péroné. La solution de continuité parut, dans les deux observations, avoir été produite par le mécanisme de l'arrachement. Les symptômes de la lésion étaient des plus évidents : un peu au-dessus du niveau de la tête péronéale, on sentait une petite saillie osseuse, presque sous-cutanée, attachée au tendon bicipital, immobile. Au-dessous existait une dépression profonde, où l'on pouvait loger le pouce, et qui séparait la saillie anormale supérieure de l'extrémité de la diaphyse péronéale. Le genou présentait un certain degré de mobilité anormale, dans le sens de la flexion latérale interne, ce qui était dû à l'arrachement, nécessaire pour ce traumatisme et par son mécanisme, du ligament latéral externe. En effet, c'était évidemment dans un mouvement de flexion forcée en dedans que la fracture s'était produite. Un gonflement articulaire accompagnait ces symptômes, et s'expliquait suffisamment par l'entorse violente subie par le genou. Ce gonflement est parfois assez considérable pour voiler les signes propres de la fracture et laisser quelque temps le diagnostic incertain, comme dans un cas rapporté par M. Perrin.

Dans ces deux observations et une quatrième de M. Terrier, ces chirurgiens constatèrent, peu de temps après le traumatisme, l'existence d'une paralysie complète des parties sensibles et motrices innervées par le musculo-cutané, et en particulier des extenseurs et des péroniers latéraux. Cette complication aggrava l'état des blessés et persista, malgré tous les soins. Elle se maintint, malgré l'électrisation, sans espérance d'amendement notable. On comprend, dès lors, à quel degré d'impotence se trouve condamné un membre ainsi atteint. Aussi convient-il, en présence de ces fractures de la tête du péroné, de ne pas promettre au blessé une guérison rapide et complète, mais de le prévenir des conséquences possibles de sa blessure.

Une autopsie a permis à M. Duplay de se rendre compte de la cause précise de cette paralysie. Un de ses malades étant mort quelque temps après cette fracture, on constata

l'arrachement de la tête péronéale, et on vit nettement le nerf en question contourner le niveau de la fracture; ce qui explique comment il peut être contus tout d'abord et plus tard compris dans le travail de réparation osseuse. Celle-ci, d'ailleurs, ne s'opère sans doute pas toujours, car chez l'autre blessé, resté paralysé, M. Duplay a constaté, plusieurs mois après l'accident, que l'extrémité arrachée était restée à distance de la diaphyse et qu'elle n'était unie à cette dernière que par une bande fibreuse.

Diverses causes déterminent cette paralysie, d'après M. Terrier, suivant la manière dont la fracture se produit. La contusion nerveuse déterminerait une névrite, quand la fracture a lieu par choc direct, comme il en a observé un cas. Elle se compliqua d'une douleur horriblement vive et d'un gonflement considérable de la jambe, avec anesthésie de toute la face dorsale du pied; vers le huitième jour, œdème et douleurs très vives s'irradiant dans toute l'étendue du pied. Néanmoins la fracture se consolida normalement; mais, pendant ce temps, des troubles trophiques survinrent, de petits abcès se développèrent à la surface du pied. Le blessé guérit, et, bien que quatorze mois se soient écoulés depuis cette époque, la face dorsale du pied présente encore une surface anesthésiée, large comme la paume de la main.

Dans d'autres cas, au contraire, il peut y avoir élongation du nerf et même déchirure de ses fibres, ce qui rend l'accident encore plus dangereux. (*Soc. de chir.*, mars.)

G

GÉNÉRATION. De nouvelles recherches microscopiques sur la *génération des mollusques gastéropodes* par le professeur J. Perez, de Bordeaux, tendent à infirmer l'ancienne doctrine en vogue de la pénétration mécanique des spermatozoaires dans l'ovule, le nouvel être résultant de leur fusion réciproque. Les expériences faites en Allemagne sur des espèces animales inférieures, dont la fécondation, rapide et à nu pour ainsi dire dans le cloaque, permet d'en étudier et d'en saisir les phénomènes successifs sur le vi-

vant, semblaient accréditer irréfutablement ce mécanicisme. Hermann Fol a ainsi décrit et figuré, le premier, la pénétration des spermatozoïdes observée chez l'oursin, dans sa communication à l'Académie des sciences le 29 février 1877. Hertwig a vérifié depuis que cette fécondation s'effectuait par la pénétration de la tête des spermatozoïdes dans l'ovule, où elle se transformait dans le vitellus en un petit noyau qu'il appelle spermatique (*spermakern*). Radié, entouré de rayons ou d'expansions, de prolongements, il s'avancerait ainsi vers le noyau de l'ovule et s'unirait à lui pour former les deux noyaux de segmentation.

La doctrine française et opposée de son chef autorisé, M. Robin, admettant la dissolution des spermatozoaires et leur pénétration endosmotique, molécule à molécule, dans l'ovule femelle, semblait donc ruinée par ces expériences positives, ces démonstrations figurées. L'admission de courants spermatiques s'établissant à travers l'ovule et de dehors en dedans, au contact du sperme, pour entraîner ses animalcules, n'était qu'une supposition gratuite, une pure induction en rapport avec les doctrines régnantes, pour rendre cette théorie cellulaire plus acceptable, sans aucune démonstration scientifique à l'appui. C'était donc l'équivalent de la doctrine ancienne, disant que la génération résulte d'une action moléculaire, organique, vitale, aucune théorie physique ni chimique ne pouvant mieux l'expliquer.

Tout en confirmant l'exactitude des phénomènes observés par ses compatriotes, Strasburger en repoussa l'interprétation. Il a constaté le noyau spermakern, mais en devenant perceptible, chez le *phallusia*, il a remarqué qu'il est toujours plus grand que la tête des spermatozoïdes, dont le nombre indéfini assiège de toutes parts la membrane de l'œuf. Pour lui, c'est par diffusion, comme il l'a vu et constaté dans la fécondation des plantes, que la substance nucléaire des spermatozoïdes traverse l'enveloppe de l'ovule et se concentre à l'intérieur sous la forme du noyau spermatique, sans que cette substance agisse comme élément morphologique, mais physiologique. C'est donc la confirmation du phénomène endosmotique admis avant la vérification du microscope.

M. J. Perez a constaté ce phénomène directement, en observant dans le diverticule de l'hélice, en train de pondre

ses œufs, des spermatozoïdes s'agiter avec une grande vivacité autour des ovules. En dardant leur tête contre ceux-ci, ils semblaient faire effort pour les pénétrer, et, par l'énergie de leurs mouvements, ils imprimaient souvent à l'ovule libre une trépidation très sensible. Ils étaient nombreux et s'agitaient avec force autour des ovules premiers-venus, placés en haut du diverticule, tandis que l'on n'en découvrait souvent aucun parmi les ovules trouvés en bas et sur le point d'entrer dans l'oviducte, où ils se développent très rapidement.

Dans ce diverticule, où ils apparaissent à l'œil nu, au nombre de quarante à cinquante, — sous forme de petites granulations très régulières, d'un blanc mat tranchant sur le fond translucide de la paroi du canal qui les contient et rempli aussi de spermatozoïdes en mouvement, — aucun de ces œufs, examinés avec grand soin sur toute leur surface, n'a présenté, ni de près ni de loin, rien qui ressemblât à un animalcule engagé dans sa sphère. Au contraire, on ne trouvait pas un seul animalcule autour de tous ceux qui, en bas, offraient les caractères de la fécondation.

Les spermatozoaires disparaissent donc après la fécondation. On n'en trouve jamais dans le diverticule de l'hélice, dès que la ponte est terminée. Aucun des ovules fécondés, trouvés dans l'oviducte, n'en présente de traces apparentes. D'où l'auteur conclut, avec Strasburger, que la fécondation est simplement le résultat de la dissolution du spermatozoïde à la surface de l'ovule, qui en absorbe la substance pour s'en nourrir et évoluer ensuite. Les prétendues queues de spermatozoaires pénétrant l'ovule, figurées par les auteurs allemands, ne seraient que les expansions radiées des deux noyaux provenant de la vésicule germinative, lesquels, en produisant les deux globules polaires, formeraient l'origine même du nouvel être. (*Journal d'anatomie et de physiologie*, n° 3, 1879.)

Ces constatations positives en faveur de la doctrine française n'infirment pas seulement le mécanicisme des Allemands, elles ruinent leur théorie cellulaire de la génération. La sexualité des cellules, pour expliquer l'origine même de la vie et la différence des sexes, en si grande vogue en Allemagne, n'est plus ainsi qu'une vaine et subtile hypothèse, comme on va le voir.

Formation des sexes. En croyant constater positivement la pénétration de l'ovule par les spermatozoaires dans la fécondation, les embryogénistes allemands en ont tiré une explication aussi simple que facile de la formation des deux sexes. Entre les deux noyaux radiés, observés dans l'ovule après cet acte, Hertwig admet une différence essentielle d'origine : l'un est un noyau femelle (*eikern*), l'autre est un noyau mâle (*spermakern*). Le premier appartient en propre à l'ovule, le second y est introduit et résulte de la transformation du spermatozoïde fécondateur. Des différences morphologiques correspondantes à leur origine et à leur fonction distinctes étaient même décrites et figurées, et de leur conjugaison, leur union, résultait le sexe mâle ou femelle, selon la prédominance de l'un ou de l'autre, c'est-à-dire un garçon ou une fille. C'était le triomphe du microscope... et de l'école allemande.

« L'obscur mystère de la génération sexuée se trouve ainsi éclairci de la façon la plus simple, s'écrie Hæckel enthousiasmé, et le *merveilleux problème de l'amour*, cette âme du monde, est enfin résolu sous la forme la plus correcte. » Il ne s'agit plus, pour lui, ni d'organes, ni d'appareils sexuels acquis et perfectionnés lentement et progressivement par le transformisme; il n'y a, à l'origine, que des cellules ovulaires femelles et des cellules spermatiques mâles. Loin d'être séparées dans des organes spéciaux, distincts, comme chez les êtres sexués, elles sont réunies, confondues ensemble, mélangées simplement avec d'autres, comme chez les organismes asexués, se reproduisant par scissiparité ou bourgeonnement, l'éponge, par exemple, qui est une simple masse de cellules. Tout le mystère pour ces cellules de deux sortes, détachées de leur souche, est de se rencontrer dans l'eau et, par leur « affinité chimique, de se confondre l'une dans l'autre. »

Le contrôle de ces observations, fait par M. Perez, a infirmé complètement ces conjectures. La présence, antérieure à la fécondation, de deux noyaux dans la vésicule germinative, leur similitude parfaite, avant comme après, et la formation des globules polaires, auxquels ils donnent lieu pour se détruire ensuite, montrent tout le néant de ce brillant échafaudage.

Il est remarquable que personne n'a songé à attribuer

cette différence du sexe à l'ovule même. Sa ressemblance et son uniformité, son identité à l'examen, ont sans doute fait rejeter cette induction, et on le considère généralement comme neutre, asexué avant la fécondation. On n'a même pas cherché si quelque différence globulaire, cellulaire ou moléculaire dans sa composition, pouvait en rendre compte. Elle est cependant aussi probable ici que dans l'œuf ordinaire fécondé, dont aucune différence sensible, apparente, ni appréciable, n'existe entre le germe de celui qui doit donner un mâle et celui qui donnera une femelle, après une incubation toute extérieure. Sa réalité latente, cachée, n'en est pas moins ici logique et péremptoire. C'est une supposition forcée. Admettre le contraire serait en contradiction avec l'ordre naturel. Les cellules géantes n'expliquent-elles pas aujourd'hui l'origine du tubercule, comme les leucocytes, les microcytes, les germes ou granulations microscopiques, plutôt supposés que démontrés, expliquent l'origine d'une foule d'autres maladies? La recherche de cette différence possible dans l'ovule, avant la fécondation, devrait donc être faite.

Elle est justifiée par la présence de deux noyaux ou taches distinctes dans la vésicule germinative avant la fécondation constatés par M. Perez chez l'hélice. Ils seraient l'origine même de la distinction des sexes. L'évolution de ces deux noyaux, sous l'influence fécondante des spermatozoïdes, se traduit, en effet, en deux globules polaires apparaissant à la surface de l'ovule fécondé, gonflé, lesquels s'en détachent ensuite, pour aller constituer le nouvel être, tandis le surplus se réduit en granulations hétérogènes. Il est donc bien permis de prévoir que tout le secret de la distinction du sexe est là, suivant que l'action fécondante des animalcules spermatiques s'exerce sur l'un ou l'autre de ces noyaux primitifs dont l'un des deux est toujours plus apparent et volumineux. Leur fécondation simultanée pourrait même expliquer les grossesses gémellaires de sexe différent. Autrement, le noyau fécondé doit absorber naturellement son congénère par sa vitalité prédominante. C'est la lutte pour l'existence, dès le début de la vie, entre les infiniment petits, comme plus tard entre les plus grands.

De là la différence réelle et la séparation établies par nous entre la fécondation et la conception, confondues gé-

néralement. La conception, œuvre spéciale de la mère, consisterait dans les modifications précitées, intenses et difficiles à préciser, mais réelles et entrevues sur les animaux inférieurs, subies par l'ovule durant sa pérégrination dans la trompe. Sa durée, fixée de deux à six jours seulement par Pouchet, est d'environ huit à neuf jours que l'ovule met à pénétrer et s'implanter dans la matrice. Elle est donc manifestement distincte de la fécondation, œuvre d'un instant, opérée par les deux sexes à la fois, mais dont la plus grande part revient au mâle.

Les recherches de Waldeyer, à ce sujet, tendent à admettre, en effet, que l'ovule fécondé reste encore quelque temps hermaphrodite après son imprégnation, ce que confirment les expériences même de M. Perez, puisqu'il a constaté, dans le diverticule des mollusques, la radiation des deux noyaux primitifs du stroma de l'ovule et leur épanouissement à sa surface en deux globules polaires destinés à former l'un ou l'autre sexe. Cet acte si important de la génération — la distinction du sexe — ferait donc partie de la conception même et serait exclusivement sous l'influence de la mère.

Ces globules polaires, produits par les corps radiés expulsés du vitellus de l'œuf, concourent seuls, d'après M. Perez, à former le nouvel être, à lui donner la vie et même le sexe, suivant que l'un prédomine sur l'autre et l'absorbe.

La différence entre l'ovule mâle et femelle s'accroît ainsi et devient plus apparente, à mesure que l'espèce végétale ou animale s'élève et se perfectionne dans l'échelle organique.

Leur intégrité est donc indispensable à la bonne conformation de l'embryon et à sa santé. Mais leur structure n'a rien de l'élément cellulaire; ils naissent tout autrement et leur constatation, bien établie aujourd'hui, infirme complètement la théorie cellulaire pour expliquer la vie, suivant les doctrines positivistes les plus accréditées.

Depuis Schwann, on applique le nom de cellule-mère au vitellus de l'ovule, représenté par le jaune de l'œuf ordinaire, et qui donne naissance, par la segmentation, aux cellules-filles formant l'embryon de tous les ovipares. Mais c'est à tort et tout à fait improprement, car l'ovule n'a plus les caractères simples de la cellule, dès l'instant où ce frac-

tionnement, cette segmentation qui constitue la conception a lieu.

Ce n'est donc pas là une simple endogénèse, car le produit embryonnaire ne naît pas directement du vitellus de l'ovule; il en est tout différent, comme les leucocytes ou globules blancs naissent de cellules épithéliales. C'est là, au contraire, une véritable génération hétéromorphe, naissant d'éléments distincts et donnant lieu, par une sorte d'hybridité ou de métissage, à des granulations primitives ou embryonnaires, à un produit nouveau.

Assimiler la cellule, et même l'amibe qui en provient, à l'œuf ou à l'ovule, c'est donc abuser de la figure et faire de l'ontologie. « Si les ovules, mâle ou femelle, des végétaux et des animaux, commencent par une cellule, ils deviennent rapidement autre chose en se développant, dit M. Robin. C'est un organe spécial très simple, comparativement aux autres, mais différent des éléments anatomiques appelés cellules. Son usage, sa fonction spéciale sont différents de celles-ci. » (*Dictionnaire de Nysten*, MULTIPLICATION.)

Ainsi se trouve ruinée et contredite la théorie des matérialistes modernes qui, avec Hæckel, font remonter l'origine de la vie à la cellule et même au-delà, en expliquant la génération par la sexualité de ces organismes élémentaires. Telle est la difficulté, l'impossibilité de résoudre le problème que la solution prétendue, toujours portée plus loin en se déguisant sous des mots et des figures nouvelles, est ramenée à son point de départ : l'évolution.

Le naturaliste français, M. Robin, n'a vu, sinon conçu, que le granule protoplasmique ou cellulaire, le corpuscule-germe de l'infusoire devenir une cellule végétale ou animale, selon la nature du milieu où il est placé et qu'il s'assimile. C'était la transition du règne végétal au règne animal seulement. Le naturaliste allemand va plus loin, car le plasma de la monère n'est, pour Hæckel, que l'agglomération, la nucléation des éléments plastiques ou plastidules de la matière brute et inorganique. Il l'appelle ainsi plasson pour mieux indiquer son essence matérielle, la limite de la nature inanimée et la nature vivante. « Seules, les monères sont capables de faire concevoir comment, au début, celle-ci est sortie de celle-là et résoudre le grand problème de l'origine de la vie. Car ces organismes n'ont pu naître, dit-il, que par

génération spontanée de la matière inorganique. » (*Psychologie cellulaire*, page 26.)

Une seule remarque suffit à faire juger ce système. Pourquoi aller chercher les premières manifestations de la vie et en faire l'origine même dans ces grumeaux de vase, de limon qui se trouvent au fond des mers du Midi? Ne sont-ils pas le résultat de l'évaporation intense et de la fermentation, organiques et rapides, dont elles sont le siège? Autant vaudrait la prendre dans les résidus de nos excrétions physiologiques, comme ces grumeaux de mucus demi-solides, organisés, venant du nez et des bronches, ces crachats contenant des cellules, des fibres épithéliales, douées de mouvements amiboïdes lors de leur excrétion. Et cependant ils ne sont que l'expression même de la mort ! Il n'y a pas de preuve qu'il en soit autrement des autres.

Il est impossible, sans doute, de connaître au juste les modifications opérées dans l'ovule humain après la fécondation, suivant les données positives acquises sur ces commencements de la vie dans l'œuf de mollusques aussi rudimentaires. Outre toutes les causes d'erreur qu'il y a à observer ainsi au microscope et avec les réactifs des cellules moins stables et résistantes que les cellules humaines, est-il permis de conclure d'êtres aussi inférieurs à l'homme? Si le mode de génération est le même par l'œuf, est-ce que le mécanisme n'en est pas tout différent? Les phénomènes de fusion, d'endosmose des cellules doivent varier, de même que leurs effets. Ne serait-il pas erroné, par exemple, de conclure de la fécondation de plusieurs générations à la fois du puceron et de plusieurs œufs de la poule à celle de l'homme, comme des métamorphoses des insectes et de quelques reptiles? Que de modalités différentes et variées la nature emploie pour réaliser ses lois immuables ! Ces recherches d'embryologie comparée ne sont donc que des jalons propres à guider dans l'examen direct de l'ovule humain, ou du moins de celui des mammifères qui s'en rapprochent le plus.

Hippocrate en jugeait ainsi, comme l'immortel Harvey et tous les grands embryologistes qui ont fait avancer nos connaissances positives à ce sujet. L'origine de la vie ne peut se découvrir en l'observant seulement dans ses ébauches et l'on ne peut en connaître tous les secrets en ne l'interrogeant

que sur ses rudiments. Cl. Bernard lui-même était de cet avis. La vie, chez les animaux supérieurs, est de plus en plus distincte de ses manifestations, dit-il, elle est de plus en plus confuse chez les êtres inférieurs. Les manifestations vitales sont mieux isolées, plus nettes dans les degrés élevés de l'échelle que dans ses degrés inférieurs. C'est pourquoi la physiologie des animaux supérieurs est la *clef* de la physiologie de tous les autres, contrairement à ce qui se dit — et il eût pu ajouter : à ce qui se fait — généralement. (*Leçons sur les phénomènes de la vie*, Paris.)

La méthode actuelle d'observer et d'interroger au microscope les infiniment petits, pour conclure de leurs résultats aux plus grands, est donc essentiellement illusoire et diamétralement opposée à celle des maîtres, au moins pour découvrir l'origine de la vie. C'est de la spéculation scientifique et un vrai trompe-l'œil, comme le prouvent les nombreuses contradictions qui en résultent tous les jours. Nous n'en invoquerons, comme preuve éclatante à l'appui, que le profond dissentiment actuel existant entre les deux plus illustres naturalistes français sur la nature des germes ou poussières flottant dans l'atmosphère. Il s'agit de savoir en effet, aujourd'hui, si les microbes ou corpuscules germes sont des cellules végétales ou animales, des spores, des mycéliums de champignons ou des animalcules. On sait que, en vertu du mouvement ou changement de lieu qui leur est propre, M. Pasteur en a fait autant d'infusoires microscopiques, auxquels il attribue le rôle de ferments, dont le moindre grain de levure est le type. Mais s'il est vrai que ce caractère distinctif de l'animalité soit indiqué manifestement chez les zoophytes — intermédiaire évident des deux règnes vivants — par la partie végétale du corail et de l'éponge restant fixe et adhérente au rocher, tandis que l'animalcule s'échappe spontanément de sa cellule, cette règle n'est pas sans exception. Depuis que certaines plantes supérieures sont reconnues douées de mouvement et de sensibilité à l'œil nu et que le microscope a révélé des mouvements actifs de germes polliniques allant à la rencontre d'autres germes à féconder, ce caractère ne saurait plus être absolu pour distinguer des êtres aussi rudimentaires et instables que le vibrion. Ce mouvement des cellules ou bourgeons se détachant du polypier par scissiparité pour aller reproduire un être

semblable est d'ailleurs absolument le même que celui du spore, du champignon ou de la fougère. Ceux-ci tombent sur la terre et les autres dans l'eau; c'est toute leur différence. Encore n'est-elle pas absolue, puisque les algues se reproduisent de la même sorte dans l'eau.

Un autre caractère scientifique, plus certain et positif, a fait ranger par M. Robin ces prétendus infusoires parmi les spores ou mycéliums végétaux, c'est leur résistance aux réactifs par la cellulose qu'ils contiennent. Le célèbre positiviste a constaté, par l'acide acétique et l'ammoniaque notamment, que les infusoires animés sont tués et entièrement dissous dans ces liquides. Le grumeau muqueux ou le plasma albuminoïde dont ils sont formés n'y résistent pas, tandis que la cellulose, contenue dans tous les végétaux, y résiste complètement. Elle ne s'y dissout pas. Et la moindre cellule végétale en contenant, jusqu'aux microspores et aux conidies, ce caractère de résistance à l'acide acétique suffit à distinguer la nature végétale ou animale des infusoires. En suivant d'ailleurs l'évolution de ces ferments, M. Robin y a confirmé tous les caractères des cellules végétales, spores et filaments mycéliens, qui représentent le ferment ou levure.

On ne comprend pas d'ailleurs ces animalcules vivant sans air et que l'oxygène tue, comme M. Pasteur l'a vu et consacré en les divisant en aérobies et anaérobies, c'est-à-dire vivant avec ou sans air. La vie sans respiration ni air n'est sans doute pas absolument impossible à certains animaux. Les rotifères et bien d'autres en offrent l'exemple. Elle s'est même prolongée, d'une manière latente, pendant des heures et des jours, chez des nouveau-nés, d'après Bardinet. Mais ce sont là de rares exceptions, et les infiniment petits, dit M. Robin, ne sauraient avoir d'autre manière d'être ni d'autre force que les infiniment grands. Etant la résultante même des premiers, ils en sont l'expression exacte. Un animalcule microscopique ne peut agir par un autre principe d'activité que les plus grands. Toute idée contraire implique l'extraordinaire, le surnaturel, c'est-à-dire l'impossible, et c'est à cette conclusion que conduit forcément la doctrine des animalcules-ferments. Les cellules végétales unicellulaires ou multicellulaires peuvent seules jouir de cette propriété de vivre sans air; c'est leur rôle naturel. Il existe sans nul doute des bactéries et des vibrions

animaux dans le sang et les humeurs, avec ou sans infection ; mais, au lieu d'être la cause de la putréfaction de ces humeurs, ils en sont le résultat, comme dans tous les autres liquides fermentés, par le développement même des spores et des mycéliums cryptogamiques ou végétaux. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, nº 4, 1879.)

La réponse victorieuse de M. Pasteur à ce sujet est dans ses expériences positives, montrant la conservation indéfinie des liquides fermentescibles placés à l'abri de l'air et leur fermentation immédiate par le moindre ensemencement du plus petit germe ambiant ou microbe atmosphérique. La nature seule reste donc à en résoudre, et s'il est vrai, comme le proclame explicitement M. Robin, « qu'à l'état unicellulaire, végétal et animal ne se distinguent pas, l'œil étant armé du plus puissant microscope, » il ne s'agit plus que de distinguer la nature des milieux où ils tombent et prolifèrent pour acquérir leur nature définitive, suivant les corpuscules étrangers qu'ils englobent et digèrent pour se développer. Toute la différence d'interprétation est ainsi dans le mode d'envisager la création, soit d'une manière spontanée par la matière, soit d'une manière secondaire et par l'esprit. Elle est aussi dans le moment précis où l'observation a lieu, car au début, comme la fait M. Robin, ce n'est qu'un germe indéfini, tandis que, à la période consécutive où plusieurs cellules sœurs sont réunies, agglomérées en chapelet, comme M. Pasteur l'observe, c'est un animalcule vivant et mobile ou un végétal complet.

La conséquence de cette nouvelle doctrine, logique et rigoureuse, des fermentations par des spores, des mycéliums, c'est-à-dire des poussières végétales au lieu d'animalcules, est l'affirmation implicite d'une génération spontanée, car elle fait naître spontanément l'animal du végétal, par le seul fait de la putréfaction succédant à la fermentation. On sait que ce phénomène, — la putréfaction, — en manifestation constante sous nos yeux, change et transforme la nature des milieux solides et liquides où elle s'opère, en produisant des gaz, des vapeurs. Est-ce donc par cette modification du milieu, plasma ou plasson, comme on l'appelle, que la cellule végétale ou son noyau peut changer de règne, en s'assimilant des matériaux propres à devenir animale, suivant l'explication donnée plus haut ? M. Robin

ne le dit pas ; mais il semble probable que, si cette mutation a lieu, elle dépend de ce phénomène important.

D'autres analogies rendent cette théorie encore plus vraisemblable. Le mode de génération des prétendus infusoires de M. Pasteur est le même que celui des cryptogames : par scission ou fragmentation ; et ses anaérobies, vivant sans air, ressemblent fort à ces sporules de champignons, ne pouvant germer que dans les lieux sombres et humides, les caves obscures. Leur incubation a donc une grande similitude. Le menstrue seul diffère. Quant à leurs effets immédiats, on sait qu'ils sont aussi nocifs et malfaisants sous l'une que sous l'autre forme. La propagation de l'*oïdium albicans* dans la bouche, de l'*achorion* sur la tête, de l'*aspergillus* dans les oreilles et de tant d'autres champignons et algues parasites, est aussi dangereuse pour l'homme que la bactéridie charbonneuse et tant d'autres vers. La muscardine, qui détruit les vers à soie, comme la rouille, le charbon, l'ergot de seigle, détruisant la pomme de terre, les oliviers, les céréales, sont des champignons aussi redoutables que les parasites animaux du choléra des poules et du tournis des moutons. Les maladies les plus graves résultent donc des uns et des autres ; et sans admettre, avec M. Pasteur, que la décomposition ammoniacale des urines, l'empoisonnement des plaies, la septicémie et bien d'autres maladies en résultent, on voit que leur mode d'action morbide est absolument le même.

La Génération universelle. Lois, secrets et mystères chez l'homme et chez la femme. Un vol. in-12 de 500 pages, avec planches. Paris, 1881. Librairie *Garnier frères*, éditeurs.

Dans ce deuxième volume de la série de l'*Hygiène de la génération*, nous avons traité de l'origine même de la vie, en ce qui touche la matière et l'esprit, d'après les différents systèmes actuellement en vogue pour l'expliquer. De là leur analyse et leur examen sommaires. Le critérium s'en trouve dans la description des modes divers de la génération chez tous les êtres vivants, depuis la simple cellule jusqu'à l'homme. Celui du cryptogame, dont la vie latente, la reproduction obscure et cachée le fait souvent méconnaître, comme les mousses, les champignons, est analysé aussi minutieusement que ceux des plus brillants phanérogames, avec leurs variations curieuses et intéressantes, sui-

vant que ces plantes sont terrestres ou aquatiques, hermaphrodites ou sexuées.

De même du règne animal, dont les règles et les caractères normaux, les exceptions et les métamorphoses, en ce qui concerne spécialement la reproduction, sont décrits, signalés et expliqués, suivant la méthode naturelle, avec des exemples à l'appui. Les effets des croisements, de l'hybridité et du métissage sont relatés et démontrés en détail, pour servir à la distinction même du genre humain.

La génération et la fécondité des races humaines entre elles, et leurs variétés avec leurs caractères distinctifs, sont en effet le signe éclatant de l'unité de l'espèce. Le sentiment si noble et élevé de l'amour, attribut spécial de l'humanité, en est le complément, en lui permettant de le satisfaire en tout temps et en tout lieu, contrairement aux animaux, n'obéissant qu'à l'instinct, au rut. Faire l'amour en tout temps, a dit Beaumarchais, c'est ce qui distingue l'homme des autres animaux. De là l'extension donnée à la génération humaine par la description et la photographie des organes et des fonctions qui y sont destinés, avec les conditions, les lois, les secrets et les mystères qui y président. En offrant le type complet et parfait de tous les autres modes de reproduction chez les êtres inférieurs des deux règnes vivants, elle permet d'en comprendre, d'en observer et d'en distinguer le mécanisme, de plus en plus simple et moins compliqué à mesure que l'on descend l'échelle organique, chez les plantes comme chez les animaux. L'homme des champs, jardinier ou horticulteur, agriculteur et éleveur, y trouvera des enseignements utiles et profitables, comme le physiologiste et le philosophe.

L'économie utilitaire et pratique de ce livre est dans sa dernière partie : l'hygiène de la génération. Par les faits, les observations et les détails qu'elle contient sur l'exercice, les effets, la durée et la fin de cette fonction, ses anomalies, ses irrégularités, ses erreurs, ses abus et ses vices, ses maladies, elle sera utile à tout le monde. Hommes et femmes, jeunes comme vieux, célibataires ou mariés, à la ville comme à la campagne, y trouveront également des conseils, des exemples et des avis à suivre utilement.

Œuvre de vulgarisation sur des matières dont l'enseignement est assez délicat, cet ouvrage, en s'adressant spécia-

lement aux gens du monde, ne devait être ni technique, ni savant, ni analytique. Ses qualités sont d'être précis, clair et surtout exact. Tous les faits acquis, les connaissances positives y sont consignées, démontrées et expliquées, à l'encontre des croyances superstitieuses, des préjugés et de l'erreur. Les plus récentes découvertes y sont relatées, comme en témoignent les extraits qui précèdent. Son originalité et son mérite sont de réagir contre les doctrines matérialistes régnantes et le réalisme en vigueur. A la cellule, au microbe invisible, auxquels on attribue l'origine même de la vie par une génération asexuée, il oppose partout et toujours la sexualité distincte, la dualité perceptible, appréciable, entrevues et démontrées par des éléments séparés et connexes, comme la terre et le soleil, la matière et ses forces attractives et répulsives, l'homme et l'esprit, c'est-à-dire Dieu, avec les preuves à l'appui dans toute la nature, qui, comme l'a dit Gœthe, est le vêtement de Dieu. Il est ainsi l'opposé et la réfutation des systèmes microscopiques en vogue. C'est son principal thème.

GOITRE. *Thyroïdectomie.* Ainsi nommée en vertu de la nouvelle étymologie grecque, l'excision de la glande serait devenue tout à coup sans nocuité, grâce au nuage phéniqué, d'après M. Terrillon. Une fille de vingt-quatre ans, atteinte d'un goître considérable, fut prise d'une dyspnée si intense que l'extirpation du corps thyroïde devint absolument nécessaire. Elle fut pratiquée sous le nuage phéniqué et pansée antiseptiquement. Onze jours après, la guérison était complète.

La même opération, pratiquée dans des conditions analogues et suivant le même procédé par M. Monod, a donné un résultat semblable. C'est donc un encouragement à employer la méthode listérienne et une confirmation des succès obtenus en Allemagne, si toutefois il n'y a pas là une série heureuse de deux jeunes chirurgiens. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Goître exophthalmique. Les investigations bibliographiques du docteur Tapret lui ont montré que la découverte n'en appartient pas plus à Basedow qu'à Graves, mais bien plus sûrement à sir H. Marsh de Dublin. Dès le

5 janvier 1841, il faisait une communication très explicite sur la triade symptomatologique à la Société pathologique de Dublin, avec observations suivies d'autopsies et présentation de pièces anatomo-pathologiques à l'appui, sans qu'il soit question des travaux ni de Graves ni de Basedow à ce sujet. Le travail de ce dernier était de l'année précédente mais il était beaucoup moins concluant et celui de Graves avant cette date n'a rien d'authentique. Il est donc aussi inexact de la rapporter à l'un qu'à l'autre. (*Archiv. de méd.*, novembre et décembre.)

Une extirpation du corps thyroïde a été faite avec succès par M. Tillaux dans des conditions remarquables. C'était une femme de vingt-neuf ans, portant une tumeur au cou, grosse comme une tête de fœtus, et qui, partant du cartilage thyroïde, gagnait le sterno-mastoïdien, en arrivant jusqu'au bord antérieur du trapèze. Rénitente, lisse et unie, cette tumeur coïncidait avec de la suffocation et de la dyspnée, des palpitations cardiaques violentes et douloureuses, des troubles marqués de la vision avec une légère saillie des globes oculaires, de la dysphagie et des troubles de la déglutition, une aménorrhée complète et une irritabilité anormale du caractère. Tous les signes du goitre exophthalmique se trouvaient donc réunis.

L'énucléation étant le seul remède, une incision fut pratiquée sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, et, arrivé ainsi couche par couche sur le corps thyroïde, le chirurgien espérait l'énucléer de sa capsule, avec la pince et la sonde cannelée; mais l'hémorrhagie et l'intimité des adhérences s'y opposèrent invinciblement. Un long temps fut perdu dans ces tentatives minutieuses, et ce n'est qu'après une heure de dissection laborieuse du côté gauche, où les adhérences étaient moins intimes, que le corps thyroïde put être enlevé.

La réunion immédiate eut lieu sur les bords de la plaie, et, sauf une hémorrhagie survenue le cinquième jour, arrêtée par la ligature de la crico-thyroïdienne, il n'y eut pas d'autres complications.

Tous les accidents concomitants ont cessé depuis, notamment la suffocation, les palpitations et les troubles de la vue. C'est une guérison parfaite. (*Acad. de méd.*, avril.)

La nature exophthalmique de ce goitre a été contestée,

en raison même de son incurabilité et en présence de la malade guérie et n'en offrant plus nulle trace. Les symptômes sont pourtant assez saillants et évidents pour ne pas s'y tromper, et la disparition en est très explicitement affirmée par la guérison du goitre. Un très grand nombre de ces cas guérissent, surtout au début, dit le professeur da Costa, en montrant à ses élèves un garçon de vingt-six ans qui en était atteint. Je pourrais vous en relater plusieurs exemples de ma pratique privée, où les yeux sortant des orbites sont rentrés, avec la disparition du goitre et le jeu normal des battements du cœur : *Undoubtedly, these cases may recover almost entirely.* Le pronostic est moins rassurant, quand il y a une hypertrophie marquée du cœur. (*Boston med. and surg. journ.*, nº 15, avril.) Voy. INJECTIONS.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. Thèse d'agrégation, par M. Boursier, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Indication des différents procédés opératoires et leurs résultats montrant les succès croissants de l'extirpation, dont la proportion, de 50 p. 100 en 1870, s'élève aujourd'hui à 80. C'est là un progrès remarquable, dû au perfectionnement des procédés de dissection et d'hémostase, dont la dernière opération de M. Tillaux offre un bel exemple.

GROSSESSE. *Néphrite parenchymateuse.* Elle compliquerait si souvent la grossesse, suivant le docteur Richardson, qu'il serait nécessaire d'examiner journellement la quantité et la qualité de l'urine des femmes enceintes. Dès qu'elle tombe au-dessous de la quantité normale, il faudrait s'efforcer, par tous les moyens possibles, de rétablir la fonction rénale, et, si l'on n'y parvient pas, l'accouchement prématuré est indiqué. N'est-ce pas recourir à une prophylaxie bien dangereuse, en vue d'accidents problématiques? (*New-York med. Record.*)

Carie dentaire. La cause en est, suivant M. Kirk, dans l'appel qui se produit dans l'organisme maternel pour la formation du tissu osseux du fœtus. On peut prévenir la destruction des dents de beaucoup de manières, mais surtout par l'usage des solutions de chaux, comme les prépara-

tions de lacto-phosphate et d'hypophosphite de chaux, qui assurent en même temps au fœtus un bon système osseux et dentaire, et qui préviennent le rachitisme. Les envies maladives de substances minérales, telles que plâtre, craie et ardoise, trouvent leur explication dans ce besoin naturel de l'organisme. Il en est de même de la prédilection que montrent certains oiseaux pour le plâtre, la chaux, etc., pendant la période de la ponte. Il n'est donc pas indifférent pour le praticien de préserver la femme enceinte des inconvénients de la carie dentaire et d'une digestion défectueuse. (*Philadelph. med. Times* et *Lyon méd.*)

Cystite. En raison même du siège de la vessie, les troubles vésicaux sont chose vulgaire chez les femmes enceintes. Il y a souvent dysurie et congestion du col de la vessie; mais la cystite en résultant est ordinairement si légère, d'après M. Guéniot, que l'on n'en parle pas. Il n'en a rencontré qu'un seul exemple sérieux. Elle s'observe bien plutôt à la suite d'un premier accouchement difficile et lent, comme M. Guyon en a rassemblé six ou huit observations. M. Le Dentu l'a vue aussi succéder à un accouchement simple et des plus faciles. Elle a été très intense et de longue durée, en s'exagérant au moment des règles.

Contrairement à cette cystite post-puerpérale, le docteur Terrillon rapporte cinq cas de cystite grave, chez des femmes au début de la grossesse. Elle s'est même renouvelée dans deux grossesses successives chez la même femme. Elle apparaît dès les deux à trois premiers mois de la grossesse, caractérisée par tous les symptômes rationnels et fonctionnels. Ce sont principalement des douleurs vives au niveau du col de la vessie, avec dépôt muco-purulent abondant à l'examen microscopique, pratiqué chaque fois. Le diagnostic a été ainsi pleinement confirmé. Une faible quantité de sucre a même été trouvée dans un cas.

L'observation du docteur Cauvy, de Béziers, est surtout remarquable. Jeune femme de vingt et un ans, mariée depuis cinq mois, enceinte de trois, éprouvant des envies fréquentes d'uriner, accompagnées de douleurs sus-pubiennes; urines abondantes, mais d'abord normales, puis louches et répandant une forte odeur ammoniacale; enfin, un peu de ténesme vésical et d'assez violentes douleurs lom-

baires. Aucun soulagement par la médication opiacée et les bains.

Avortement à la fin du troisième mois, diminution presque immédiate des accidents vésicaux, et disparition complète en moins d'un mois. Mais la même jeune femme, redevenant enceinte quatre mois plus tard, est reprise d'accidents analogues.

Ces cystites sont excessivement gênantes et incommodent beaucoup les malades, tout en présentant ce caractère spécial d'être *très bénignes*. Quinze à vingt jours suffisent pour leur guérison; les bains prolongés, les boissons émollientes, les capsules de térébenthine, et au besoin les injections alcoolisées, en ont facilement et rapidement raison. Malgré la gravité des symptômes pénibles qu'elles déterminent, elles n'ont eu aucune influence fâcheuse sur la marche de la grossesse ni sur l'état général de la femme. Cette forme de cystite n'a rien de commun avec la cystite consécutive aux fongosités uréthrales, décrites par l'auteur, et n'a rien de commun avec les cystites primitives ou consécutives, liées à la rétroversion de l'utérus gravide. Elle est aussi indépendante de toute position vicieuse du fœtus, de tout phénomène de compression, ainsi que le toucher, le palper et l'examen direct l'ont révélé. Elle n'est pas davantage la conséquence d'une uréthrite et ne se trouve commandée ni par une condition mécanique ni par aucun état constitutionnel. Force est donc de la rattacher à la grossesse seule.

Cette forme de cystite n'a pas encore été décrite. On a bien parlé, il est vrai, de vessie irritable, soit au début, soit au milieu, soit vers la fin de la grossesse; mais, dans ces cas, l'urine était normale, sans le moindre dépôt purulent; il s'agissait d'un simple trouble fonctionnel.

Comment expliquer cette cystite au début de la grossesse? Faut-il la rapporter à des troubles de la circulation sous l'influence de l'utérus gravide, à cette dilatation variqueuse des veines du col, signalée par M. Tillaux? Quoi qu'il en soit, l'utérus a une influence incontestable sur la vessie, témoin ces poussées aiguës de cystite dans la cystite chronique des femmes au moment des règles; aussi M. Terrillon propose-t-il de tout expliquer par la dénomination un peu vague de troubles de voisinage. (*Soc. de chir.*)

Opportunité des opérations. Contrairement aux idées prédominantes aujourd'hui sur le danger du traumatisme pendant la grossesse, son innocuité complète a été démontrée, exceptionnellement du moins, par une observation concluante de M. Cadge, de Norwich. Une dame de trente-sept ans, dont le sein droit avait été enlevé auparavant pour une tumeur kystique à accroissement rapide, vit se développer successivement plusieurs nodules sur l'ancienne cicatrice, aussitôt mariée. L'un n'était pas plutôt enlevé qu'un autre se montrait. Huit récidives eurent ainsi lieu dans l'espace de dix à onze mois, et, malgré une grossesse intercurrente, on ne cessa de les enlever, sur l'avis même de *sir* J. Paget. Il n'en arriva pas la moindre complication dans la grossesse ni l'accouchement, pas plus avant qu'après. Cette dame mourut d'épuisement, sans aucun signe de cachexie, à la fin de 1876. Preuve que, comme l'a dit *sir* J. Paget, s'il est dangereux d'opérer de telles malades sans bonne cause, une bonne cause indique toujours l'opération avec l'espoir fondé d'un bon résultat. (*Lancet*, 22 novembre 1879.)

Grossesse après l'ovariotomie. Le nombre de ces grossesses est aujourd'hui assez considérable pour n'avoir plus à en redouter les effets. Sur huit ovariotomies, suivies de six guérisons, par M. Gillette, trois de ces femmes sont devenues enceintes, sans qu'il en résultât aucun inconvénient ni pour la mère ni pour l'enfant. L'accouchement même n'en est pas influencé. L'une de ces opérées prétendit ressentir un tiraillement sur le pédicule, mais c'était l'exagération de la peur. Une autre, qui avait présenté une éventration consécutive à l'opération, en guérit en six mois par l'usage d'une ceinture à pelote, et cette éventration ne se reproduisit pas ensuite pendant la grossesse.

La cicatrice s'écarte pourtant dans certains cas. La ligne brune de l'abdomen s'est ainsi beaucoup augmentée, chez une opérée de M. Polaillon, devenue enceinte peu de mois après l'ovariotomie. Les points de suture devinrent aussi très noirs sur une surface arrondie de 5 centimètres, sous l'influence de la pigmentation de la grossesse.

Outre une éventration considérable qui permettait de sentir l'utérus comme à nu, M. Charrier a constaté qu'il

était incliné à droite et tordu sur son axe. Une autre opérée, n'ayant jamais été enceinte avant l'opération, eut aussi un écartement considérable de la ligne blanche, qui l'obligea de porter un sustenteur en caoutchouc. Mais, dans tous ces cas, l'accouchement fut facile et rapide. L'avortement que l'on pourrait craindre, en raison des adhérences possibles, ne se produit pas. Quoique retenu du côté du ventre, l'utérus ne s'est jamais rompu, et sa déformation ne paraît pas favoriser de présentations vicieuses. L'élargissement et la pigmentation de la cicatrice sont donc les seuls accidents à redouter. (*Soc. de méd. de Paris*, octobre 1879.)

Grossesses extra-utérines. *Laparotomie.* Après les chirurgiens américains, M. Harris de Philadelphie entre autres, M. Lawson Tait entonne en Angleterre la même note pour recommander l'emploi de l'ouverture du ventre, sous le nuage phéniqué, dans tous les cas de grossesse extra-utérine, sans toucher au placenta, suivant la prescription de Kœberlé. Un nouveau succès lui en fournit l'occasion, en montrant qu'il ne tient même pas à un diagnostic précis pour entreprendre cette redoutable opération. Une femme anémique de trente ans, mariée depuis trois ans, sans enfant, ayant présenté, six mois après la cessation de ses règles, une tumeur indépendante de l'utérus et s'élevant au-dessus de l'ombilic, fixée dans le bassin et uniformément solide, y fut ainsi soumise, le 30 avril 1879, sans que le diagnostic fut établi. On crut d'abord à une hématocèle, puis son rapide accroissement et sa fluctuation firent admettre la formation d'un kyste. On ouvrit en effet un kyste rempli de sang frais caillé, et, l'exploration n'ayant pas découvert autre chose, la plaie fut fermée immédiatement. Les douleurs continuèrent, et trois jours après, le 2 mai, un liquide séro-sanguinolent fit issue de la plaie, suivi de gros caillots les jours suivants, d'un fragment osseux le 16 mai, et finalement d'un fœtus entier de trois mois, macéré et putréfié avec un fragment de cordon ombilical. Pendant quinze jours, la vie de cette opérée fut ainsi dans le plus grand danger et elle ne se rétablit que lentement. (*Royal med. chir. Society*, 11 novembre 1879.)

Fort de ce succès, obtenu si périlleusement, et trouvant son diagnostic à peu près correct, l'auteur n'hésite pas ce-

pendant à poser la gastrotomie médiane comme la règle dans tous les cas de ce genre, invoquant à l'appui 50 à 60 morts dans des cas analogues où elle ne fut pas employée. Voilà sur quelles bases cette loi est érigée, ainsi que la valeur antiseptique du nuage phéniqué. Aussi M. Duncan a-t-il invoqué victorieusement trois cas récents de grossesse extra-utérine d'un diagnostic certain, dont les femmes sont vivantes, sans avoir eu recours à cette opération. (*Lancet*, 15 novembre 1879.)

Deux autres exemples semblables ont été relatés par le même auteur. Dans l'un, la femme a survécu; dans l'autre, elle a succombé, mais l'enfant a pu être retiré vivant d'un kyste du ligament large droit. (*Idem*, 11 mai.)

Un cinquième cas, sans extraction du placenta, lui a enfin donné un succès complet. (*Idem*, octobre.)

H

HÉMIANESTHÉSIE. L'insensibilité désignée sous ce nom dans un côté du corps est ordinairement morbide et produite par une lésion des centres nerveux sensitifs ou des nerfs qui en émanent. Le défaut de sommeil la distingue ostensiblement de l'anesthésie générale et artificielle, car elle est aussi durable et persistante que celle-ci est fugace et passagère quand elle est provoquée. Ce n'est alors qu'un sommeil ou même un assoupissement apparent dont la durée est proportionnelle à l'intensité de l'action de l'anesthésique sur le cerveau ou sur une partie locale de la surface cutanée.

Gubler admettait aussi une anesthésie d'origine humorale et vasculaire, comme chez les saturnins. De même que l'anesthésie d'origine cérébrale, elle s'accompagne de paralysie et se confond avec elle. On la distingue sous le nom d'analgie ou d'analgésie. Les succès obtenus dans ces derniers temps par les aimants, la métallothérapie, dans certaines analgies hystériques, et surtout l'action esthésiogène de certains excitants vulgaires contre des hémianesthésies réputées d'origine cérébrale, tendent évidemment à confirmer et à étendre cette étiologie humorale et vasculaire, en

contradiction avec sa localisation dans la partie postérieure de la capsule interne par l'interruption du faisceau sensitif de Meynert. (Voy. HÉMIPLÉGIE.)

Telle est l'action esthésiogène du vésicatoire établie par le professeur Grasset sur des observations expérimentales. Il peut ainsi ramener la sensibilité dans les membres anesthésiés, tantôt passagèrement et avec transfert, tantôt d'une manière permanente et sans transfert. Dans un cas d'hémianesthésie d'origine cérébrale, le vésicatoire a ramené la sensibilité sur tout le membre insensible, mais non sur le tronc et la base; puis, sous l'influence d'un purgatif ou de l'ingestion de jaborandi, la sensibilité s'est étendue aux autres parties; mais ce qu'il y avait de remarquable surtout, c'était l'instabilité de la sensibilité ainsi obtenue, qui paraissait et disparaissait sous les influences les plus légères. Chez un autre malade, dans des conditions analogues, l'application du vésicatoire n'a pas ramené la sensibilité, mais il a déterminé une élévation de température du côté anesthésié, alors que cette température baissait du côté sain. Il y a donc eu, en l'absence d'action esthésiogène proprement dite, une action thermogène avec transfert.

L'action du jaborandi et de son alcaloïde, la pilocarpine, contre l'analgésie des saturnins, est encore bien plus démonstrative (Voy. PILOCARPINE). On ne saurait voir, dans ces simples excitants, aucune influence spéciale ni spécifique sur le système nerveux. Ils n'agissent sur la sensibilité qu'en vertu de la loi générale qui en règle tous les phénomènes, dit le docteur A. Bordier. Anémiez un organe, et sa sensibilité spéciale s'émousse et disparaît. Les animaux à sang froid ou mieux à température variable présentent en été une respiration plus active, une circulation plus intense qu'en hiver. Ils sont alors vifs, alertes et semblent plus sensibles à toutes les excitations extérieures. Leur sensibilité diminue au contraire simultanément avec la circulation et la respiration par l'abaissement de la température. C'est ainsi que, pendant leur sommeil hibernal, ces animaux, quoique mammifères, deviennent complètement anesthésiques.

La sensibilité d'un organe ne dépend pas seulement des nerfs qui s'y distribuent; elle est surtout en raison directe du sang qui le traverse et de l'activité des phénomènes d'échange dont il est le siège. La sensibilité de la peau hu-

maine est ainsi plus vive et exquise en été qu'en hiver. Gubler a maintes fois montré à sa clinique de l'hôpital Beaujon, chez des cholériques algides et anesthésiques dont la peau était absolument insensible aux piqûres d'épingle, qu'il suffisait d'appliquer un sinapisme pour la rendre sensible aussitôt dans l'aire limitée de la tache rouge produite par ce sinapisme. La même insensibilité, marquée et dessinée d'avance à la peau froide, sèche et pâle des saturnins, disparaissait de même par une friction rapide sur les avant-bras avec la paume de la main. (*Journ. de thérap.*, avril, n° 8.)

En réalité, c'est donc simplement par l'hyperémie cutanée produite par ces excitants et l'activité de la circulation en résultant, manifestes par la rougeur et l'élévation locale de la température, que l'anesthésie disparaît momentanément. Son retour immédiat en est la preuve. La pilocarpine n'agit pas autrement en provoquant la sudation. Ce serait donc une erreur de croire à l'action esthésiogène de ces agents et d'en faire une classe à part avec l'électricité, les aimants, la métallothérapie, dont l'action paraît toute différente; par conséquent, ce serait aussi une erreur égale d'attribuer exclusivement l'anesthésie au système nerveux.

Contre cette interprétation, M. Grasset revient longuement sur l'observation de son malade, dont il analyse les moindres détails avec une prolixité incomparable — Basile étant un vrai sujet d'expérimentation à cet égard. A l'appui de l'action esthésiogène du vésicatoire et de la pilocarpine, il montre la sensibilité ne revenant que lentement, successivement, sous leur influence, à des distances et dans une étendue variables, et après un temps plus ou moins long, sans partir régulièrement du point irrité. L'action du vésicatoire est ainsi étudiée sur chaque membre séparément, comme celle de la pilocarpine, sur le tronc, le cou et la face. Elle n'est donc, pour lui, ni simple ni locale; d'autant moins que le vomissement, un purgatif, des sueurs ou une secousse quelconque suffisent à ramener la sensibilité et l'entretenir quand elle tend à disparaître spontanément. Le retour irrégulier de l'anesthésie, sans parallélisme avec la distribution des nerfs ni de la marche de la sensibilité, lui en offre une nouvelle preuve. Et il persiste ainsi dans sa première opinion.

Qui ne voit, dans ces irrégularités du retour artificiel de la sensibilité et de sa disparition alternative, un effet ordinaire du trouble profond de la vitalité de l'innervation des tissus et des organes anesthésiés? Vouloir juger de leur rôle comme dans l'état physiologique et normal et interpréter leurs manifestations thérapeutiques à ce point de vue est illogique. La preuve que le résultat est proportionné au degré d'excitation, d'irritation produite, c'est que le sinapisme appliqué expérimentalement sur l'avant-bras, le 9 février, a eu moins d'action sur la sensibilité que le vésicatoire appliqué sur le bras le 5 avril suivant. Celui-ci la ramena jusque dans l'épaule et sur le côté correspondant de la face, ce que le premier n'avait pas produit. Tout est donc instable et variable, transitoire dans ces manifestations morbides. Elles ne se répètent jamais d'une manière uniforme comme à l'état normal.

L'effet temporaire et passager de ces moyens montre encore leur action commune. Car il résulte de ces nouvelles expérimentations que le vésicatoire n'a pas d'action durable. Elle semble même diminuer, s'user en se répétant. Elle n'a donc rien de spécifique ni d'esthésiogène sur le système nerveux. (*Idem*, juillet, n° 14.)

La preuve des différences existant à ce sujet est la découverte des propriétés esthésiogènes de certains bois appliqués sur la peau par M. Jourdanis. Il a employé aussi, comme Hughes Bennett l'avait fait dès 1878, des plaques de bois, au lieu de métaux, et il en a obtenu des effets analogues. D'où le nom de *xylothérapie* pour désigner cette méthode et la distinguer de la métallothérapie.

Tous les bois n'agissent pas avec la même intensité. Au point de vue de l'efficacité de leur action, on les classe dans l'ordre suivant : quinquina, thuya, bois de rose, acajou, petit pin, noyer, érable, pommier. On n'obtient aucun effet sensible, au contraire, avec le peuplier, le frêne, le palissandre et le sycomore. Le marbre ou une pierre quelconque, employés de la même manière, ne donnent aucun résultat. Ce n'est donc pas un simple effet de pression ni de température, puisque tous les bois n'agissent pas de même. D'ailleurs, l'auteur n'a obtenu dans aucun cas, avec ses plaques de bois, les phénomènes de transfert produits par les métaux. La peau devient rouge, et les piqûres faites au-

paravant pour constater l'anesthésie s'entourent d'une aréole érythémateuse et laissent parfois écouler un peu de sang. En moins de dix minutes, la sensibilité cutanée se généralise, mais d'une manière très fugace et beaucoup moins durable qu'avec les autres esthésiogènes.

On peut donc ne voir là qu'une action légèrement excitante, sans rien de semblable aux courants électriques résultant de l'emploi des métaux impurs. H. Bennett n'y voyait qu'un effet de l'imagination; mais la vascularisation de la peau, la rougeur, l'écoulement sanguin en sont le démenti.

Ces phénomènes esthésiogènes des bois sont expliqués par le docteur Sonnes par les propriétés électriques dont jouit la cellulose ainsi que les résines qu'ils contiennent. Le collodion et un certain nombre de résines ont en effet ramené la sensibilité chez plusieurs malades anesthésiques, d'après M. Dujardin-Beaumetz, (*Soc. de thérap.*, octobre.

Une hypothèse toute différente a été émise par le professeur Schiff, en se fondant sur ce fait physique incontestable que tous les corps sont animés de vibrations moléculaires continues et transmissibles; ces différents corps n'agiraient qu'en produisant des vibrations moléculaires très rapides en rapport avec le mouvement vibratoire moléculaire du système nerveux. Ces vibrations variant pour chaque substance et suivant l'appareil nerveux de chaque individu, on comprend l'affinité de celui-ci pour tel corps ou tel métal.

M. Maggiorani a confirmé en quelque sorte cette théorie en interposant entre le métal et la peau une lame de caoutchouc ou plusieurs épaisseurs d'une étoffe de soie. Les effets obtenus ont été les mêmes qu'avec l'eau chaude ou la laine surchauffée. L'absence de courants électriques chez diverses hystériques, très influencées par des plaques d'or ou de zinc, tend de plus à infirmer l'action de ceux-ci. Chez huit hystériques non anesthésiques, le bras ayant été introduit dans la caisse d'harmonie d'un instrument, des fourmillements et de l'algidité se sont produits, comme les effets des vibrations du diapason. L'imminence d'une attaque convulsive a obligé de suspendre l'expérience, les phénomènes étant les mêmes qu'au début d'une crise hystérique provoquée par le bruit du diapason. D'autre part, la sensibilité a été ramenée chez une femme hémianesthésique par un aimant placé à 6 mètres de distance et dont le pôle sud se

reliait par un fil de zinc à un gobelet de ce métal, tenu par la malade et isolé de sa peau par une étoffe de soie. Aucune modification ne se produisit avant la fixation de ce fil, tandis qu'en le fixant au gobelet, à l'insu de la malade, elle accusa, un quart d'heure après, la réapparition progressive de la sensibilité. De là le discrédit de l'action directe des courants électriques. (*Idem*, 28 juillet.)

Hémianesthésies paralytiques. *Efficacité des aimants.* Les succès obtenus par M. Charcot contre l'hémianesthésie de cause organique par la métallothérapie (Voy. *année* 1877) ont incité M. Debove à renouveler ces applications. Un homme de trente-cinq ans est atteint d'une attaque d'apoplexie dont la cause n'a pu être bien définie. Apporté sans connaissance à l'hôpital, il ne revient à lui que le lendemain matin. On constate une hémiplégie incomplète rendant impossible la marche et la station debout ; il y a en même temps insensibilité à la douleur de tout le côté gauche, anesthésie de la conjonctive et de la rétine, certaines couleurs ne pouvant être perçues. On met alors un aimant au contact du bras gauche ; vingt minutes après, la sensibilité cutanée commence à revenir, puis la perception des couleurs et la force augmente rapidement dans le côté gauche. Une heure après environ, le malade peut marcher sans appui avec facilité, tout en boitant. Se trouvant guéri le lendemain, il demande son exeat et sort de l'Hôtel-Dieu.

Une femme de soixante-deux ans, après une attaque d'apoplexie, était atteinte d'une anesthésie complète de la moitié droite du corps, y compris les organes des sens, avec contracture des membres supérieur et inférieur, mouvements choréiques, c'est-à-dire d'hémichorée post-hémiplégique. La force était aussi beaucoup diminuée. L'application d'un aimant sur le bras droit amena en une heure la disparition complète de l'insensibilité, de la contracture, de la chorée et de la paralysie. Il y eut une rechute quelques jours après ; mais une nouvelle application de l'aimant donna un résultat durable.

Ce résultat fut beaucoup plus lent chez un homme atteint d'hémianesthésie gauche, avec hémiplégie, produite probablement par une tumeur cérébrale d'origine syphilitique.

Il fallut des applications fréquemment répétées sur différents points pour la disparition complète de la paralysie et de l'insensibilité.

Dans un autre cas semblable, d'origine saturnine, l'action n'était que temporaire. Une application de l'aimant pendant vingt-quatre heures consécutives la rendit seule durable, et la guérison fut complète en renouvelant cette application pendant une heure les jours suivants.

Dans aucun de ces cas, le phénomène de transfert ne s'est produit, contrairement à ce qui s'observe dans les maladies purement nerveuses. Mais un accident sérieux et même très pénible pour les malades s'est manifesté : c'est une céphalalgie très intense se prolongeant après le rétablissement du mouvement.

De tous les procédés esthésiogènes, l'aimant étant le plus commode et le plus sûr, M. Debove l'emploie de la manière suivante. Un aimant de 25 à 30 kilogrammes est placé sur une table, et le membre malade disposé à quelques millimètres des pôles. La durée de cette application peut être prolongée et répétée à volonté, en faisant porter successivement l'action esthésiogène sur les différents points insensibles. L'emploi de ce moyen nouveau n'a donc rien de difficile, mais son action ne s'exerce que sur l'insensibilité, l'anesthésie. Les paralysies exclusivement motrices y sont absolument réfractaires.

Le même résultat a été obtenu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Moutard-Martin, sur un placier de cinquante-sept ans ayant eu une première attaque apoplectique avec hémiplégie gauche deux ans auparavant. Le 3 septembre dernier, tout le côté gauche est immobile, langue comprise, avec insensibilité complète. La vue, l'odorat comme le tact sont absolument abolis de ce côté. Dès le lendemain, une première application d'aimants sur la jambe et la cuisse gauches, fixés à l'aide d'une bande, amènent, après deux heures et demie, des fourmillements, des douleurs et des crampes légères. Et ces phénomènes s'accroissent tellement que le malade en éprouve de violentes palpitations. Il enlève les aimants et tout rentre dans l'ordre.

Même expérience le lendemain matin et même résultat en douze à quinze minutes. La partie externe du membre inférieur, en contact avec l'aimant, est plus sensible que la

partie interne. Les pincements de la jambe provoquent des contractions réflexes du côté opposé, de même que dans le bras.

Promenés ainsi sur les divers endroits du côté paralysé, les aimants y ramènent si bien la sensibilité et le mouvement que, dès le 12 septembre, le malade marche seul et sans appui. Il quitte l'hôpital le 14. (*Revue méd.*, décembre.)

Un succès semblable a été obtenu par le docteur C. Paul, à l'hôpital Lariboisière, chez un peintre en bâtiments, saturnin, sans trace de syphilis ni d'alcoolisme. Hémianesthésie complète du côté droit, avec contracture de la main et perte absolue de toute sensibilité du membre. Le 24 janvier 1879, quatre plaques d'or sont appliquées sur l'avant-bras. Le soir, à la contre-visite, la sensibilité est revenue partout et sans transfert. Le lendemain, non seulement la sensibilité recouvrée la veille persiste, mais la contracture des doigts et du poignet n'existe plus. Il ouvre la main, étend le poignet et donne au dynamomètre 35 kilogrammes à droite (côté paralysé la veille) et 40 kilogrammes à gauche. Seulement il serre à droite le dynamomètre avec un tremblement très marqué. Les plaques restent appliquées encore deux ou trois jours et sont enlevées ensuite, l'amélioration persistant. Jusqu'au 27 février, c'est-à-dire pendant un mois, la sensibilité s'est toujours maintenue et la contracture ne s'est pas reproduite. Mais des accidents urémiques étant survenus avec une dyspnée extrême, le malade succomba quinze jours après, en conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité rétablie des fonctions de son côté droit.

L'autopsie, faite avec grand soin, ne révéla aucune lésion dans le cerveau, notamment dans l'hémisphère gauche. La capsule interne pas plus que l'externe et toutes les parties du corps strié, l'avant-mur de la couche optique, ne présentaient de lésion appréciable.

Ce fait prouve une fois de plus que les saturnins peuvent être atteints, à plusieurs reprises, d'une hémiplégie dont la forme et les symptômes ressemblent aux hémiplégies symptomatiques d'une lésion cérébrale, sans qu'on trouve de lésion en foyer. Il prouve, en outre, comme ceux de M. Debove, que cette forme spéciale d'hémiplégie, avec hémianesthésie et trouble de la sensibilité spéciale, peut guérir

par les armatures métalliques et magnétiques. Il ne faut donc plus considérer les hémiplégies avec contracture comme dépendant seulement de la sclérose descendante des cordons latéraux, et, par conséquent, comme incurables. Au lieu de les abandonner, comme on était tenté de le faire, on trouvera dans les armatures métalliques ou magnétiques le moyen de les guérir. (*Soc. méd. des hôp.*, novembre 1879.)

Des *courants faradiques*, appliqués sur des points limités de la peau, la face dorsale de l'avant-bras notamment, ont donné les mêmes résultats à M. Vulpian dans des cas absolument semblables. Ils ont cependant une supériorité sur les aimants : c'est d'agir contre l'hémiplégie sans anesthésie. Sous leur influence, on voit les hémiplégies récentes curables s'améliorer plus rapidement qu'en laissant la maladie suivre son cours naturel. L'aphasie passagère, l'affaiblissement des facultés intellectuelles s'amendent rapidement. C'est alors sur le bras hémiplégié qu'il convient d'employer des courants de moyenne intensité, afin de ne pas déterminer, par une trop vive souffrance, un trouble dangereux de la circulation cérébrale. L'intensité du courant employé et sa durée sont si importantes que le médecin ne doit laisser à nul autre, pas même aux élèves, le soin de ces applications. (*Bull. de thérap.*, décembre.)

HÉMIPLÉGIE. *Œdème du côté hémiplégié.* Cette complication rare et grave s'est montrée avec des troubles circulatoires très curieux chez un homme, frappé d'apoplexie le 14 juillet, avec hémiplégie droite et aphasie consécutive. Malgré une amélioration très sensible, un œdème considérable se montra dès le 6 août, avec prédominance aux membres et se généralisa ensuite au tronc du côté droit seulement. La masse infiltrée constituait une masse tremblotante, limitée en arrière par la colonne vertébrale. La mensuration comparative donna le 17 août, au niveau de la cuisse gauche, 37 centimètres de circonférence et 46 du côté paralysé. La différence à l'avant-bras était de même de 20 à 26 centimètres. Une dilatation vasculaire très nette existait aussi du côté paralysé, avec hypersécrétion sudorale très prononcée et une température de quatre dixièmes plus élevée que du côté sain.

Une nouvelle attaque ayant amené la mort le 22 août, l'autopsie montra une congestion œdémateuse considérable du poumon droit, marquée surtout inférieurement. Il est plus volumineux et résistant à la coupe que son congénère. Une grande quantité de liquide séro-sanguin s'en écoule, et les parties détachées vont au fond de l'eau. Foie également volumineux et congestionné, ainsi que le rein droit.

Toutes ces différences avec le côté sain dépendent, suivant le docteur Huchard, de la paralysie des vaso-moteurs, d'après les expériences faites sur les animaux. L'irritation traumatique des couches optiques, des corps striés, de la protubérance et du bulbe amenait ainsi des ecchymoses et même des hémorrhagies des viscères. Cet hémiœdème post-hémiplégique est précoce ou tardif, suivant qu'il est produit par la paralysie immédiate des vaso-moteurs ou par l'altération des parois veineuses consécutive à la stase veineuse qui en résulte. Il est toujours d'un pronostic grave, car, en dénotant des troubles profonds du côté des vaso-moteurs, il prédispose aux congestions viscérales, qui, en se répétant vers le cerveau surtout, est une cause rapide de mort. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, août.)

Réflexes tendineux et contracture. Après une attaque d'apoplexie, au moment où la vie du malade peut être considérée comme sauve, bien qu'il y ait encore flaccidité des membres, une question se pose : à savoir non seulement si les mouvements reviendront, mais s'il ne se produira pas de contracture, car c'est là le grand ennemi des hémiplégiques. Au bout de deux mois, le membre supérieur se prend, puis le membre inférieur ; le premier est ordinairement dans la flexion et le second dans l'extension, et les positions vicieuses prises ainsi vont en s'aggravant ou restent dans un état stationnaire d'une façon presque fatale. Or il y a un moyen de prévoir souvent cette complication : c'est l'exploration des réflexes tendineux ; si l'on trouve ces réflexes augmentés, c'est là un mauvais signe, car on peut dire que cette exaltation est presque le prodrome de la contracture. Il y a d'ailleurs peu d'hémiplégies permanentes dans lesquelles il n'y ait pas un certain degré de contracture, laquelle porte, c'est un de ses caractères, sur les fléchisseurs et sur les extenseurs en même temps, les

muscles antagonistes étant souvent atteints au même degré. Cet état, qui est sous la dépendance d'une excitabilité particulière de la moelle, donne lieu à une conséquence thérapeutique importante : c'est que, dans cette situation, si l'on vient à donner un excitant de la moelle, comme la strychnine, on augmente la contracture, et l'on peut transformer une contracture plus ou moins flasque en une contracture rigide ; on obtiendrait le même résultat par une faradisation exagérée. Cette excitabilité est telle, d'ailleurs, que des circonstances, en apparence sans importance, peuvent provoquer la contracture : ainsi une femme atteinte d'une hémiplégie sans contracture bien prononcée, et pouvant marcher facilement, vient à tomber et se fait une contusion à la cuisse ; aussitôt la contracture se produit dans le membre inférieur et gagne bientôt le membre supérieur. Le traumatisme a agi comme un excitant de la moelle. (*Journ. de méd. et chirurgie*, février.)

Depuis que cet effet *du traumatisme sur la contracture* a été signalé par M. Charcot, chez les hystériques en particulier, cette interprétation se confirme, comme en voici un exemple frappant : Une femme hémiplégique et aphasique depuis huit ans, avec quelques manifestations de contracture dans la main et l'avant-bras paralysés, est prise d'un étourdissement, le 29 mars 1879, et tombe sur le siège, la jambe droite fléchie sous elle. La paralysie fut dès lors complète de ce côté, compliquée d'une contracture intense surtout du membre inférieur droit, présentant ecchymose diffuse, sans autre trace de traumatisme. Un mois après, tous ces accidents étaient très atténués, sinon disparus. (*Revue mens.* décembre 1879.)

Ce premier fait a servi du moins à en éclairer deux autres plus obscurs et qui fussent sans doute passés inaperçus sans ce précédent.

Une femme de 67 ans, paralysée du côté gauche depuis novembre 1878, par suite d'une attaque apoplectique, et qui avait eu un commencement de contracture trois mois après, tombe de son lit le 1er mars 1880. L'examen ne décèle qu'une simple contusion de la peau au niveau de la crête iliaque gauche, et c'est ainsi que, comme contrôle du fait précédent, on la garde en observation.

Dès le 5 mars, la tête reste appliquée sur l'épaule gauche

par une contracture intense des muscles de la moitié gauche du cou, et les membres paralysés offrent une rigidité bien plus grande que la veille. Ces phénomènes augmentent encore le lendemain. Le sterno-cléido-mastoïdien et le faisceau claviculaire du trapèze font corde sous les téguments, en inclinant la tête sur l'épaule gauche, tandis que la face regarde à droite. L'avant-bras, la main et les doigts sont dans l'extension forcée, ainsi que le membre inférieur, et le tronc lui-même est infléchi de ce côté. La percussion des tendons rotulien, inférieur du biceps et des muscles abducteurs met en évidence l'exagération des réflexes tendineux. Aucune modification de la sensibilité.

L'application de courants continus et de quelques aimants a suffi pour modifier ces contractures qui avaient disparu un mois après.

Une fille de vingt-neuf ans, névropathe et imbécile, tombe dans la cour, le 31 mars 1880, et se contusionne violemment le dos de la main. Peu de jours après, on constate que la main et les doigts sont immobilisés dans une extension incomplète, et les tentatives de redressement ou de flexion sont des plus douloureuses.

Un courant de dix éléments est appliqué contre cette contracture, qui cesse dès le lendemain, mais une rétention d'urine se manifeste par une sorte de transfert sur la vessie. (*Idem*, juin, n° 6.)

Moins accentués que dans le premier cas, en raison même de la différence du traumatisme, ces phénomènes passagers de contracture n'en témoignent que mieux de son action directe. Le traumatisme est donc doublement à redouter chez les hémiplégiques.

HÉMOGLOBINURIE PAROXYSMALE. Cette singulière manifestation morbide préoccupe encore plus les médecins allemands que les Anglais (Voy. *année* 1879). La diversité de ses symptômes, selon les cas, sa forme paroxystique surtout, s'opposent à la constituer en unité morbide, distincte, par la difficulté, l'impossibilité de lui fixer un siège précis. Elle se manifesta sous forme d'accès irréguliers, pendant plusieurs mois consécutifs, chez un charretier de cinquante-neuf ans, observé par Kuessner, avec les caractères suivants : violent frisson, suivi de chaleur, et de

faiblesse sans sueur. Fourmillements dans les doigts et la plante des pieds. Absence de céphalalgie et de douleurs lombaires, coloration ictérique intense des téguments pendant l'accès, sensibilité de l'hypogastre et émission d'une urine claire et transparente, d'un rouge veineux, donnant un sédiment abondant, d'un brun rouge. Réaction acide, avec un peu d'albumine. Le sédiment montre, au microscope, une masse brune amorphe, de l'acide urique et des cylindres fibrineux sans oxalates ni hématies. Au spectroscope, l'urine filtrée donne néanmoins les raies caractéristiques de l'hémoglobine.

Ces accès duraient vingt-quatre heures et reparaissaient, sans aucune cause appréciable, ou coïncidaient avec un refroidissement, une ou deux fois par semaine, ou seulement une fois tous les quinze jours. La température ne dépassa pas 38° 6 et ne s'élevait pas au-dessus de la normale le plus souvent. Le foie ni la rate n'étaient modifiés, et le fond de l'œil était normal. On ne dit pas si le malade a guéri. (*Deutsch med. Woch.*, n° 79.)

Une altération des globules rouges ou hématies est évidente, quoiqu'ils n'aient pas été numérés comparativement. On avait d'abord songé à une affection rénale. Mais le sérum du sang, tiré par des ventouses pendant l'accès par Kuessner, a toujours été d'un rouge vif, tandis qu'il avait sa couleur jaune normale dans l'intervalle. La dissolution semble donc avoir lieu, dans le sang même, sous l'influence de l'accès.

Malgré l'analogie de ces symptômes avec certaines intoxications arsenicales, paludéennes, la nature de cette affection reste donc inconnue. La rattacher à l'ictère hémaphéique de Gubler n'avancerait guère la question, car on sait seulement qu'il siège dans le sang, sans en connaître la cause ni le mécanisme. La vie extra-utérine en paraît être la principale origine, puisque, sur 198 nouveau-nés ictériques, 195 présentaient cette forme, aussi légère et passagère chez eux qu'elle est grave et persistante chez les autres enfants ou les adultes. (Voy. *année* 1878.)

Un autre cas remarquable en est relaté par M. John Neale qui l'a recueilli à l'hôpital Westminster, sur un charpentier de trente-un ans, entré, le 26 juillet, pour une douleur fixe, profonde et comme rongeante, de la région lombaire gauche,

et devenant lancinante par le mouvement. Il a subi, trois mois auparavant, un si violent choc dans les chantiers de Woolwich qu'il en a été renversé et a perdu connaissance, en sentant une vive douleur sur le dos et les flancs en se relevant. Aucun gonflement apparent ni diminution du pouvoir des extrémités ; absence complète de désirs sexuels. Léger frottement pleurétique à gauche du cœur, dont les battements sont normaux, sans bruits. Langue humide et chargée ; peu d'appétit, sans nausées ni vomissements ; selles normales. Mictions douloureuses en commençant, avec fréquence la nuit. Douleur vive au toucher de la région rénale gauche, sans tumeur ni gonflement appréciables. Urine acide, couleur de porto, claire et sédimenteuse. Un précipité formé par l'ébullition se redissout par l'acide nitrique et résiste à l'acide acétique. Pas de trace de corpuscules sanguins au microscope, nombreux cristaux d'oxalate de chaux et urates amorphes, avec des débris granuleux contenant parfois des cristaux rhomboïdes d'hémoglobine. La filtration de l'urine n'en change pas la coloration, et l'analyse spectrale révèle une bande très légère d'oxyhémoglobine. 25 centigrammes de quinine trois fois par jour, deux vésicatoires sur les parties latérales de la colonne vertébrale.

Dès le lendemain, les urines étaient normales ; mais elles reparurent noirâtres le 28, pour cesser le 29, sans que la douleur rénale et thoracique ait changé. Cet état persista sans changement jusqu'au 20 août, l'urine émise variant de 1200 grammes au double chaque jour, sans aucun caractère particulier. Le sang, examiné à plusieurs reprises, contenait une proportion considérable de leucocytes sur les hématies.

La température était restée constamment normale, lorsqu'elle s'éleva subitement à 103°,4 F. le 28. C'était le début d'une pleurésie gauche très grave, qui exigea le transport du malade en médecine. Jusqu'au 30 septembre, la température ne s'abaissa pas au-dessous de 99°, en augmentant de 2 à 3 degrés le soir, à la suite d'un violent frisson survenu, sans cause connue, le 25 octobre, sans changement de coloration de l'urine. Quatre jours après au contraire, et sans aucun symptôme ni élévation de température, l'urine présenta sa couleur de fumée — smoking, — avec tous les caractères précédemment décrits, sauf les cristaux d'oxalate

de chaux, et, dès le lendemain, elle avait repris ses caractères normaux.

Un nouveau frisson, survenu le 12 novembre, n'amena aucun changement dans l'urine, malgré l'élévation consécutive de la température, tandis que l'accès, qui se renouvela quatre jours après, fut suivi de 8 à 10 *ounces* d'une urine rouge comme les précédentes, sans contenir jamais aucune trace d'albumine. Aucune apparence ophthalmoscopique anormale ne fut jamais signalée, et au départ du malade, le 18 novembre, on constata un gonflement sensible et douloureux de la dixième à la douzième vertèbre dorsale. (*Lancet*, 15 novembre 1879.)

C'est donc bien là l'hématinurie paroxystique signalée par le docteur Robert en 1876 ; mais quelle en est la cause ? Attribuée tour à tour au refroidissement et au traumatisme, elle peut être rapportée à ces deux causes à la fois, dans ce cas, sans que l'on puisse en faire la démonstration positive.

Sous la dénomination d'*hémoglobinurie paroxystique*, le professeur Lépine en relate un cas qui peut servir à éclairer toutes les obscurités de l'étiologie, car les accès, au lieu de revenir sous l'influence du froid, avaient lieu dans le lit, au milieu de la nuit, après des excès divers, et, au lieu d'être brune, noirâtre, l'urine était d'un rouge clair. Ce n'est donc plus une unité qu'il s'agit d'ériger, mais une dualité distincte.

Il s'agit d'un corroyeur de quarante ans ayant commis, dès l'âge de quinze ans, des excès d'alcoolisme, vénériens et de travail, lui ayant imprimé de bonne heure un aspect sénilique. Sujet, depuis plusieurs années, à rendre des urines sanglantes à la suite de ses excès, il n'y faisait aucune attention, sinon à cause de douleurs de reins persistantes survenues depuis trois ans.

C'est après avoir voyagé à pied pendant plusieurs semaines, l'hiver dernier, qu'il est pris de céphalalgie, frisson et maux de reins. Cet accès se répète pendant cinq jours à la même heure de l'après-midi, puis les paupières s'infiltrent avec dyspnée et point de côté à droite jusque dans la région lombaire. L'urine devient rare et sanguinolente, et l'anasarque se montre aux pieds. Il entre dans ces conditions à l'hôpital, le 13 mars, rendant des urines très albumineuses. Dilatation du cœur et bruit de galop très net, sans fièvre; artères athéromateuses, 2,810,000 globules.

C'est seulement huit jours après que l'urine de la nuit est trouvée sanguinolente, d'une coloration rutilante, comme par le mélange d'une faible quantité de sang, avec dépôt muqueux, composé de cellules épithéliales et de cylindres granuleux, sans aucun globule rouge ni cristaux. C'était donc une hémoglobinurie produite par une affection rénale ancienne, avec hypertrophie cardiaque.

Soumis au perchlorure de fer, 1 gramme par jour, le malade sortit de l'hôpital le 7 avril, avec un chiffre de 4,410,000 globules.

Aux caractères distinctifs de ce fait : couleur rouge de l'urine au lieu du rouge foncé brun, couleur de porto, à l'accès survenant dans le lit et pendant le sommeil, sans malaise ni frissons, comme dans la plupart des cas, l'auteur voit au moins une seconde espèce d'hémoglobinurie. Il juge dès lors que les globules ne se détruisent pas toujours dans le sang, mais dans l'appareil urinaire même, et, se livrant à un examen des diverses opinions à ce sujet, il n'admet pas qu'une substance spéciale dans l'urine soit nécessaire à cet effet, comme on s'est ingénié à l'imaginer. Il croit, au contraire, que, en s'échappant par diapédèse ou rupture de la membrane glomérulaire, les globules rouges y sont dissous simplement par un certain degré de dilution de l'urine. C'est ainsi qu'ils se dissolvent chez les anémiques et les cachectiques, les enfants et les vieillards, en raison de leur moindre résistance dans ces divers états. (*Revue mens.*, n° 9.) Voy. SANG.

HÉMOPTYSIE. *Injections d'ergotine.* Une série d'expérimentations, faites dans des cas variés à l'hôpital Lariboisière, sous la direction de M. C. Paul, ont donné des résultats qui, sans être absolument décisifs sur l'efficacité de ces injections, semblent du moins en encourager l'usage. Il serait si commode d'arrêter ces épouvantables crachements de sang par une simple piqûre ; ce serait le triomphe de l'art.

I. Un homme de trente-neuf ans entre à l'hôpital, le 23 mars 1879, malade depuis le mois de janvier. Le début des accidents fut marqué par des frissons, de la toux et un état fébrile ; vers le 15 février, le malade commença à cracher quelques filets de sang, qui devinrent bientôt plus considérables et se répétèrent pendant un mois, tous les deux ou trois jours. La percussion dénotait une diminution de sono-

rité des deux côtés en arrière dans les fosses sus-épineuses, des râles muqueux aux deux sommets; expiration rude et soufflante.

Le 24 au matin, injection de un gramme de solution d'ergotine, étendue de moitié d'eau, sans résultat appréciable.

Deuxième injection le lendemain, sans plus de résultat.

Le 26, dans l'après-midi, deux injections sont pratiquées à une heure d'intervalle, soit 2 grammes de la solution pure. Le malade rend des crachats sanglants pendant les injections. Il en rend encore deux ou trois dans la nuit; mais, à partir de ce moment, il n'y a plus d'hémoptysie.

Autant les doses faibles sont manifestement restées sans effet contre cette hémoptysie persistante, autant l'efficacité des doses fortes est évidente.

II. Femme de vingt ans, entrée dans le service le 24 mars, avec tous les symptômes d'une bronchite capillaire assez intense. La température varie de 39 à 40 degrés jusqu'au 3 avril, jour où la fièvre décroît. La percussion dénote une matité légère aux deux sommets, avec de gros râles humides.

Le 10 avril, une première hémoptysie se manifeste. On fait deux injections de 1 gramme chacune, d'une solution au 1/10, soit 20 centigrammes d'ergotine. La malade crache encore deux ou trois fois, et l'hémorrhagie est complètement arrêtée en dix minutes.

Les trois jours suivants se passent sans accidents. Le 14, hémoptysie très légère (quelques crachats). Le 17, nouvelle hémoptysie, peu abondante. Le 18, hémoptysie abondante. Le 19, malgré l'état très grave de la malade, on pratique deux injections, soit 25 centigrammes d'ergotine; l'hémorrhagie ne se reproduit plus jusqu'à l'époque où la malade, dont la faiblesse avait été toujours croissante, succombe.

III. Jeune homme de vingt ans, pris vers le 20 mars, à la suite d'un refroidissement, d'accès de toux précédés de frissons.

Le 3 avril, il crache du sang en quantité notable, et continue à en cracher, mais moins abondamment, les jours suivants. Il entre à Lariboisière le 5 avril, crachant le sang. Il le crache encore le 6 et le 7. L'examen de la poitrine donne une matité dans tout le sommet droit en avant, avec absence presque complète du bruit respiratoire et des gros

râles humides dans les deux tiers supérieurs en avant et en arrière.

Le 8, une hémoptysie sérieuse a lieu. On administre 25 centigrammes d'ergotine en quatre injections pratiquées au bras et à la poitrine. L'hémoptysie ne se reproduit ni ce jour-là ni le lendemain.

Le 10, le malade rend quelques crachats sanguinolents. On pratique deux injections de la solution au 1/10, soit 20 centigrammes d'ergotine. L'hémoptysie ne se renouvelle que dans la soirée du lendemain.

Le 12, hémoptysie sérieuse dans la matinée; injection de 10 centigrammes. L'hémorrhagie ne se reproduit plus jusqu'au 22. On fait ce jour-là une dernière injection et l'hémorrhagie cesse. Mais, l'état général du malade s'aggravant, on cesse les injections, et les hémoptysies se reproduisent chaque jour du 25 jusqu'au 29, où le malade succombe.

IV. Jeune homme de vingt ans, atteint de phthisie tuberculeuse au deuxième degré. Il entre à Lariboisière le 7 mai, crachant le sang depuis huit jours. Le lendemain de son entrée, on pratique deux injections d'ergotine, et l'on applique vingt ventouses sèches; l'hémorrhagie cesse complètement.

Le 9, hémoptysie abondante. Deux nouvelles injections l'arrêtent immédiatement.

Le 21, hémoptysie légère arrêtée définitivement par deux piqûres.

V. Le même jour entrait dans le service un homme de vingt-neuf ans, malade depuis un an environ, ayant craché le sang pendant plus d'un mois, tous les deux ou trois jours, l'été précédent. A son entrée, il crachait le sang tous les jours depuis deux semaines. On constate de la bronchite des deux sommets et une excavation à droite.

L'hémorrhagie persistant, le 8, on fait deux injections d'ergotine, sans résultat immédiat, elle ne diminue que le 10 et s'arrête le 11, sans récidive les jours suivants.

En regard de ces succès à divers degrés, suivant que l'exhalation sanguine est plus ou moins intense, M. Bénard, comme pour montrer qu'ils ne sont pas constants, cite un dernier fait d'hémoptysie foudroyante et mortelle, résultant probablement de la rupture d'une artère anévrysmatique.

VI. Un homme de cinquante-trois ans entre à l'hôpital, le

29 mars, avec de la toux, de l'amaigrissement, de la matité aux deux sommets du poumon en arrière, du tympanisme en avant, du gargouillement et de gros râles muqueux aux deux sommets, surtout à droite.

Le 12 avril, hémoptysie violente et subite. On fait une injection d'ergotine de 10 centigrammes. Mais les crachements de sang persistent, et, pendant la nuit suivante, une seconde hémoptysie, très abondante, amène la mort dans l'après-midi du 13.

L'ergotine ne pouvait avoir aucun effet dans ce cas, n'ayant pu être administrée qu'une fois, et l'on a vu qu'il fallait répéter l'injection deux ou trois fois pour réussir. D'autre part, la probabilité d'une lésion des ramifications de l'artère pulmonaire, fondée sur des hémorrhagies abondantes, survenant pour la première fois à vingt heures d'intervalle, chez un homme de cinquante-trois ans, présentant des cavernes à parois ramollies et friables, mettait ce cas tout à fait au-dessus des propriétés hémostatiques de ces injections.

En résumé, dans quatre cas d'hémoptysie intense et opiniâtre, chez des tuberculeux fort avancés, avec formation de cavernes, l'hémorrhagie s'est arrêtée après trois injections au plus. Dans un cas, l'ergotine, donnée à haute dose par la voie stomacale, est restée sans action; tandis que, en injection hypodermique et en très petite quantité, elle a produit un effet immédiat remarquable. Ce résultat est donc une indication positive de chercher à les provoquer. Restent à déterminer les conditions où cette pratique pourrait être plus nuisible qu'utile. A côté des indications, il y a à considérer les contre-indications. Des cas de gangrène ont été observés en saturant l'économie d'ergotine. (Voy. INJECTIONS.) C'est à déterminer l'opportunité ou l'inopportunité du moyen, d'après les résultats obtenus sur une plus grande échelle, qu'on devra s'attacher surtout désormais. (*Gaz. des hôp.*)

Un succès semblable a été obtenu à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, par le professeur Noguès, chez un homme de cinquante-deux ans, atteint de phthisie aiguë en novembre 1879. Il était depuis trois semaines à l'hôpital, avec une amélioration assez marquée pour qu'il songeât à sortir, lorsqu'une hémoptysie foudroyante a lieu. Un gramme d'ergotine en potion avec 30 grammes de sirop de ratanhia, la limonade sulfurique et la glace ne parviennent à suspendre le cra-

chement de sang que le lendemain, et, vingt-quatre heures après, le crachement se renouvelle plus abondant. Une injection hypodermique est faite aussitôt sur le devant de la poitrine avec la solution suivante :

℞ Ergotine.....	2	grammes.
Glycérine.....	15	
Eau distillée.....	20	

Mêlez.

Les crachements de sang s'arrêtèrent immédiatement, et, quelques gorgées ayant paru le lendemain, une nouvelle injection les fit cesser définitivement. (*Gaz. méd. de Toulouse.*)

Hémoptysie parasitaire. Cette nouvelle espèce vient du Japon par l'entremise des médecins allemands, qui y pratiquent en maîtres. Le professeur Boelz a observé ainsi un crachement de sang précédé de toux chez des gens bien portants et qui ne deviennent nullement phthisiques après plusieurs années de ce crachement sanguin se renouvelant à divers intervalles.

Ces crachats sont d'un rouge sale caractéristique et très visqueux. Le sang les colore principalement, car ils sont pâles parfois ; mais la présence d'organismes en est le caractère distinctif. Ce sont des corps ovoïdes, d'un jaune brun, de 13 millimètres de long sur 7 de large, dont la paroi transparente a 2 millimètres d'épaisseur. Il est rempli d'une gelée gluante, contenant 4 à 5 grumeaux incolores, d'un volume double des leucocytes et dont l'intérieur est en mouvement constant. D'autres corps semblables, infiniment plus petits et sans mouvements appréciables, forment la plus grande partie de ces crachats, que l'auteur assimile aux psorospermes rencontrés dans l'intestin et le foie de la souris et du lapin par Waldenburg et Eimer. Or, ces psorospermes n'étant qu'une phase du développement des grégarines, celle-ci serait donc le parasite de cette nouvelle hémoptysie, dont 19 exemples ont déjà été observés exclusivement sur des hommes, la plupart de quinze à vingt-cinq ans. 12 ont été ainsi rencontrés l'année dernière. D'où la présomption que l'expectoration de ces crachats sangui-

nolents est très fréquente parmi les Japonais. (*Centralblatt für die medic. Wissensch.*, n° 39.)

HÉMORRHAGIES. *Eau chaude*. Frappé des bons résultats obtenus par les injections d'eau chaude contre les métrorrhagies, le docteur P. Brown en a étendu l'usage aux hémorrhagies en nappe, consécutives à l'application de la bande d'Esmarch dans les opérations. Au lieu des applications de glace, ou d'une éponge imbibée sur la plaie, recommandée par M. Nicaise, des courants induits, ou de la compression digitale de l'artère principale, parfois inapplicables ou impuissants, il applique de l'eau bouillante à la température brûlante de 71° C. ou 160° Fahr. Il dit en avoir obtenu de bons effets, mais c'est évidemment en rubéfiant les chairs. (*Philad. med. Times*, août 1879.)

Hémorrhagies utérines. La solution Yvon est titrée de façon qu'un centimètre cube représente exactement un gramme d'ergot en poids. C'est aussi la dose d'une injection ordinaire.

On les multiplie jusqu'à deux, trois et même quatre, dans les cas d'inertie utérine et d'hémorrhagie coïncidante.

Dans son service de la Maternité, M. Lucas-Championnière les emploie comme un adjuvant souvent nécessaire, selon le mode déjà préconisé et consistant à comprimer l'utérus entre la main sur l'abdomen et un petit tampon placé sur le col; il en résulte une excitation directe du tissu utérin, déjà préparé et rendu irritable par les injections sous-cutanées d'ergotine.

L'administration de l'alcool, sous une forme quelconque, lui paraît favoriser aussi l'action de l'ergotine. Il administre ainsi une ou deux cuillerées d'eau-de-vie, rhum ou kirsch. S'il s'agit d'une femme en danger, épuisée et incapable de déglutition, il ajoute une ou plusieurs injections d'alcool intercurremment à celles d'ergotine.

Les avantages de cette médication hypodermique sur la voie gastrique sont considérables. Ces injections peuvent être faites sans le consentement et même sans la connaissance de la patiente. C'est ainsi qu'avant toute grande opération obstétricale, nécessitant l'anesthésie complète, une

injection sous-cutanée d'ergotine est toujours faite après la délivrance. Au lieu de hâter le réveil de la malade pour lui faire avaler l'ergot ou l'alcool, on fait ces injections sans la bouger ni la remuer, et elle peut dormir jusqu'au réveil naturel, assuré que l'on est que l'utérus se contracte régulièrement. Aussi les opérées sont-elles reportées dans leur lit, après injection vaginale phéniquée, après injections sous-cutanées d'ergotine, bien pansées et préparées au repos, sans pouvoir se douter qu'elles ont accouché et encore moins qu'elles ont subi une intervention laborieuse.

C'est aussi un grand avantage pour les femmes non endormies, qui ont perdu du sang, de ne pas avoir à les remuer pour administrer un paquet d'ergot. Aussi bien observe-t-on moins souvent des coliques utérines après ces injections. Peut-être est-ce parce qu'il est ainsi plus facile de doser l'ergotine. (*Considérations sur le traitement des hémorrhagies post-puerpérales et en particulier sur les injections d'ergotine*, thèse inaugurale, par le docteur P. Hubert, Paris, 1879.)

Suppositoires d'ergotine. Employés par M. Dujardin-Beaumetz dans deux cas de métrorrhagies symptomatiques de fibromes utérins, ils ont fait cesser l'écoulement du sang, comme dans le cas d'hémorrhoïdes, après deux ou trois applications. Ils provoquent parfois une sensation de brûlure en raison de la sensibilité du rectum. En voici la formule :

℞ Ergotine.....	0 gr. 50
Beurre de cacao.....	5 «

Pour un suppositoire.

Ces topiques sont donc destinés à remplacer les injections hypodermiques, dans un certain nombre de cas. (*Soc. de thérap.*, juin.)

Nitrite d'amyle. L'inhalation de cinq gouttes contre une hémorrhagie *post partum*, par le docteur Ker, tira immédiatement la patiente du collapsus où elle était plongée et arrêta l'hémorrhagie. L'action dilatatrice de cet agent sur les vaisseaux du cerveau et son action stimulante sur le

cœur paraissent avoir produit cet heureux effet. (*British med. journal*, novembre 1879.)

HERNIES. Une loi tend aujourd'hui à s'établir parmi les chirurgiens : c'est de ne jamais quitter un malade atteint de hernie étranglée avant qu'elle ne soit réduite ou opérée, c'est-à-dire rentrée. Ce précepte, posé par M. Gosselin, l'un des premiers, est rappelé par M. Polaillon à l'occasion d'un étranglement herniaire suivi d'anus contre nature, de gangrène d'un pied et d'aphasie, observé par le docteur Mignot (de Chantelle). L'expectation est ainsi la source des plus graves accidents et même de la mort. Un débridement hâtif, surtout avec les précautions de la méthode antiseptique, offre aujourd'hui beaucoup moins de dangers. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Chaque jour, ce précepte reçoit la confirmation de sa justesse. Une hernie crurale mal contenue s'étrangle un soir chez une femme de cinquante-deux ans. Appelé le lendemain, 8 avril, le docteur Guillaume fait inutilement le taxis, et la douleur locale s'étant calmée, les accidents généraux étant presque nuls, il différa l'opération, pensant qu'il s'agissait d'une hernie épiploïque. Toujours la temporisation.

L'état reste stationnaire jusqu'au 12, et un vomissement survient dans la nuit du 13. Un purgatif donné le lendemain reste sans effet, et dès lors on fait la kélotomie le 16, en employant le procédé de Lister, moins la pulvérisation. Une anse intestinale de 8 centimètres de long était étranglée, et une perforation intestinale se produisit. Le danger était grand, mais le chirurgien fit l'avivement et une suture au catgut et réduisit le tout. Heureusement, le cours des matières se rétablit sans accident, et la malade était guérie huit jours après; mais il est évident qu'elle avait couru les plus grands dangers par la temporisation même du chirurgien. (*Soc. de chir.*, 28 juillet.)

Taxis abdominal. A la pression au-dessus de la hernie avec des sacs de plomb et à l'inversion du corps remplaçant le taxis, le docteur Henrot ajoute un troisième moyen, consistant en une sorte de malaxation ou de massage au voisinage de la région de la hernie. Ce procédé lui a réussi dans les deux cas suivants :

Femme de soixante ans; hernie étranglée avec cordes, allant des parties profondes de l'abdomen à l'orifice péritonéal de la hernie; insuccès du taxis méthodique ordinaire pendant douze ou quinze minutes; réduction rapide par la pression brusque exercée immédiatement au-dessus de l'arcade crurale à l'aide des doigts.

Etranglement interne, instantané, chez une femme de vingt-sept ans. Douleurs abdominales, besoin d'aller à la selle, sans possibilité de rendre des matières ni des gaz; vomissements fécaloïdes, sueurs froides, menaces de syncope; tumeur dure, irrégulière, bosselée, remontant au-dessus de l'ombilic. Malaxation de l'abdomen pendant quatre ou cinq minutes; disparition de la tumeur et des accidents.

On peut d'ailleurs combiner ce taxis abdominal au taxis ordinaire, et cette malaxation de l'abdomen permettra de détruire l'obstacle, suivant M. Ollier, quand la cause de l'étranglement n'est pas connue. Mais il ne faut l'employer que dans les hernies récentes, lorsque l'intestin ne peut encore être lésé. (*Assoc. française*, août.)

Cure radicale. Voy. INJECTIONS.

Injections d'alcool. Quatre cas de hernie inguinale ont été soumis à ce moyen pour la cure radicale par le docteur Perez Ortiz, chirurgien-major à Madrid.

I. Le premier était une hernie gauche datant de cinq mois. Deux injections furent pratiquées, le 21 novembre 1878, avec 2 grammes d'alcool à 30 degrés, dont l'une pénétra dans le canal inguinal et l'autre au pourtour de l'anneau et dans les mailles du tissu conjonctif environnant. Le malade accusa de légères douleurs; on lui conseilla de garder le décubitus dorsal, et l'on plaça sur la région inguinale des compresses triangulaires, assujetties par un spica et soutenues à l'aide de la main pendant les efforts de défécation ou de miction.

Le 24, en enlevant le bandage, on constata une inflammation modérée au siège de l'opération, avec légère douleur à la pression. Le même appareil est remis en place et enlevé seulement le 30 novembre; à ce moment, on s'assura par les moyens ordinaires que la hernie était parfaitement réduite. Par précaution, un brayer est appliqué, et le

malade sortit le 20 décembre de l'hôpital de Saragosse, complètement guéri.

II. Hernie droite, plus grosse qu'un œuf de poule. Le 28 décembre, on fit une injection avec 2 grammes d'alcool dans l'intérieur du canal inguinal, et l'on plaça le bandage comme dans le cas précédent.

Le 1er janvier, la hernie était réduite; mais, pendant les efforts de toux, elle paraissait vouloir se reproduire. Deux nouvelles injections d'alcool sont faites aussitôt, de 2 grammes chacune, la première dans l'intérieur du canal et la seconde au pourtour de l'anneau. Le 3, l'inflammation était assez considérable; mais le malade était sans fièvre et avait bon appétit. Le 12, la phlegmasie locale avait disparu; mais pendant la toux on sentait une pointe de hernie au niveau de l'anneau inguinal, où l'on fit une nouvelle injection, suivie de l'application du spica. Le 1er février, la hernie était complètement guérie et le malade recevait son exeat.

III. Hernie gauche. Injections avec 2 grammes d'alcool dans le siége occupé par les organes déplacés; il survint une inflammation très modérée, et la hernie parut bien contenue. Mais le 1er janvier, en faisant tousser la malade, on la vit se reproduire. On fit une seconde injection avec 2 gram. 50 d'alcool à 35°, on appliqua le bandage accoutumé, et le 19 du même mois le sujet sortit guéri.

IV. Enfin, dans le quatrième cas, il ne survint de notable que la formation d'un petit abcès à la suite de l'injection. (*Siglo med. et Gaz. des sc. méd. de Montpellier.*)

Ces observations ne sont rien moins que concluantes quant à la guérison radicale. La tendance à la récidive, témoignée dans ces cas, montre que les opérés n'ont pas été suivis un assez long temps pour être certain que la hernie ne se reproduira pas. Elles confirment simplement l'innocuité de ces injections.

Laparotomie. Cette redoutable opération a été employée avec succès à l'hôpital Beaujon sur un enfant de quatorze ans présentant des vomissements et de la fièvre depuis près de quarante-huit heures. Les internes avaient constaté, à la visite du soir, la présence d'une tumeur dans la région inguinale, et, diagnostiquant une hernie étranglée, ils firent la réduction séance tenante. Mais les accidents ne se calmè-

rent point. Appelé à neuf heures du soir, M. Blum trouva le canal inguinal absolument libre; la persistance des vomissements fécaloïdes et l'absence de selles donnaient à penser que l'obstacle au cours des matières persistait toujours. Il fallait donc intervenir rapidement. Le chirurgien n'hésita pas à pratiquer la laparotomie pour lever l'étranglement interne, s'il en existait un. Une incision de 8 centimètres fut faite au-dessous de l'ombilic, le long de la ligne blanche: les intestins étaient rouges et enflammés; la péritonite manifeste. En explorant la cavité abdominale, M. Blum découvrit une anse d'intestin engagée dans l'anneau inguinal interne; il tirailla sur une bride qui la retenait fixée à l'anneau, et parvint à réduire l'anse. Il referma ensuite la cavité abdominale.

Le soir même, les vomissements cessèrent; le lendemain survint une fièvre vive qui ne dura que vingt-quatre heures. Au bout de huit jours, le malade pouvait être considéré comme guéri. Ce beau résultat a été obtenu sans pansement de Lister. (*Soc. de chir.*, décembre 1879.)

Hernies irréductibles anciennes. *Contre-indication du taxis.* Leur irréductibilité en indiquant ces adhérences anciennes entre l'intestin et le sac et surtout la constatation de ces adhérences sont des contre-indications formelles du taxis, en cas d'étranglement, d'après M. Bourguet, d'Aix, dont la compétence est très grande à ce sujet. Il conseille de recourir de suite à la kélotomie, car le taxis forcé et prolongé ne peut qu'augmenter l'inflammation de la poche, en diminuant les chances de guérison. Mais comment distinguer et reconnaître les adhérences, si l'on n'exerce le taxis? La règle est donc de ne pas y insister.

Reste à savoir s'il convient, après l'ouverture du sac, de disséquer les adhérences pour réduire l'intestin ou réduire en masse. M. Le Dentu préfère ce dernier procédé, tandis que M. Terrier ne craint pas de répandre du sang à cet effet, dans le péritoine surtout, si les adhérences sont anciennes. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Hernies propéritonéales. C'est la variété en bissac des anciens auteurs, appelée ainsi en raison de sa configuration en sac double, l'un externe, l'autre interne, et réunis

par un canal très étroit. M. Parise, de Lille, l'a appelée intra-iliaque, et Birkett, de Londres, intra-pariétale. Le professeur Kronlein, de Berlin, en en constatant récemment et pour la première fois un exemple sur le vivant, chez un garçon de vingt-deux ans, s'étant assuré que la hernie était située au devant du péritoine, en arrière de la paroi abdominale, a cru devoir lui donner ce nouveau nom, pour indiquer ses rapports anatomiques. Cette nouvelle dénomination a surtout l'avantage d'indiquer l'irréductibilité absolue de la hernie, c'est-à-dire sa gravité si exceptionnelle que tous les cas, opérés ou non, ont été jusqu'ici constamment mortels, par le défaut même de diagnostic exact des rapports de l'intestin hernié avec le péritoine.

Sa production est heureusement fort rare. Streubel, il y a seize ans, n'avait pu en réunir que 14 observations avec autopsies dans sa monographie des *fausses réductions de hernies*. 9 autres faits en ont été publiés depuis, ce qui, avec l'observation personnelle de l'auteur, forme un total de 24 observations, dont le résumé sert de base à une étude d'ensemble sur cette grave variété.

A la seule exception de la hernie crurale de ce genre observée par Teissier sur une femme de trente ans, en 1834, tous les autres cas étaient des hernies inguinales, dont une seule chez la femme. L'âge des 22 hommes atteints variait de trente à quarante, le plus jeune ayant dix-neuf ans et le plus vieux soixante-treize.

Le siège, indiqué dans 20 cas, était 13 fois à droite et 7 fois à gauche. La hernie était congénitale chez 15 individus et accompagnée chez 9 d'une descente incomplète du testicule correspondant, notamment chez le sujet observé par l'auteur. Dans un cas même, l'autre testicule était absent du côté sain. La castration, proposée dans ces dernières années contre l'ectopie testiculaire, ne doit donc être pratiquée qu'avec réserve dans ces cas exceptionnels où l'on pourrait léser l'intestin. (Voy. CASTRATION.) Les plus grandes précautions doivent surtout être prises à droite, dont le testicule descend le dernier et dont le conduit ne s'oblitère souvent que plusieurs années après la naissance, d'après les recherches de Wernher. (*Langenbeck's archiv.*)

Dans 21 cas, ces hernies étaient étranglées, les deux autres ayant été constatées fortuitement, et, dans aucun, le dia-

gnostic ne fut exactement porté, que la réduction apparente ait été obtenue ou non, avec cessation ou persistance des accidents. Un simple étranglement inguinal fut diagnostiqué dans 15 cas et l'étranglement interne dans 6. La kélotomie a été pratiquée 17 fois, et l'on s'en est abstenu dans les 4 autres cas, par suite de la réduction apparente; mais dans aucun cas celle-ci n'était réelle. Elle a donc pu passer inaperçue dans des cas où l'opération n'a pas été faite ni l'autopsie après la mort.

Tout hypothétique que soit encore le mode de formation de ces hernies, il est discuté avec profusion, car là n'est pas l'important dès qu'elles existent. Le diagnostic en est bien plus utile pour les reconnaître et y remédier. Les symptômes en sont si variables, qu'ils ne se distinguent guère le plus souvent de la hernie ordinaire. La forme en est le plus distinct à la palpation. Elle repousse la paroi abdominale en avant, au-dessus du ligament de Poupart, et la poche interne est couchée immédiatement en arrière de la paroi et au-dessus du ligament de Fallope ou bien dans la fosse iliaque. Une tumeur propéritonéale lisse, arrondie, diminuant à la pression ou disparaissant si elle n'est pas étranglée, mais très douloureuse si elle l'est, ne sont donc guère des signes différentiels propres à la caractériser. Le doigt introduit dans le vagin ou le rectum et percevant le sac postérieur, quand il est plongé dans la cavité du petit bassin, serait un signe bien plus sûr.

En raison de ses fréquentes anomalies, le testicule correspondant doit être consulté dans son siège et son état, pour aider au diagnostic, comme la tension pénible de la région inguinale, des douleurs dans le scrotum, alors que la hernie n'est pas étranglée. La marche lente de l'étranglement, ses accidents subaigus, que le sac inguinal soit ou non vide d'intestin, doivent aussi éveiller l'attention. La vacuité du sac ou la présence d'une sérosité limpide lorsqu'il est découvert sont aussi des présomptions. L'écoulement subit d'une grande quantité de liquide par le débridement, ou son agrandissement avec le doigt, est d'une valeur presque pathognomonique. Lehmann l'a observé trois fois, et il l'a été aussi deux fois par Teissier et Kronlein.

Le point essentiel est de savoir, à ce moment suprême, si l'on réduit en effet l'intestin dans la cavité abdominale ou

en dehors, c'est-à-dire dans le péritoine. Dans ce dernier cas, la laparotomie peut seule rétablir la continuité de l'intestin, en l'attirant avec la main de dehors en dedans. Les hernies propéritonéales sont en effet l'indication la plus positive de cette opération. (*Arch. für klin. chir.*, t. XXV, et *Arch. de méd.*, novembre et décembre.)

HISTOLOGIE. *Manuel d'histologie pathologique* par Cornil et Ranvier. *Seconde édition*, revue et augmentée, Tome I. 1 vol. grand in-8° de 756 pages avec 281 figures intercalées dans le texte, Librairie *Germer Baillière*.

Tout en conservant son titre primitif, ce livre est tout différent du premier, au moins dans sa facture. Papier et format, texte et figures, tout est changé, perfectionné et à son aspect extérieur, on le prendrait pour un livre nouveau. Les divisions même en sont changées, modifiées, et par la netteté, le placement et la transposition des planches, on les reconnaît à peine avec les premières, au milieu de ces beaux caractères aussi clairs et lisibles que les premiers étaient compacts et serrés.

Pour un ouvrage de ce genre, ce sont là de grands avantages. Les détails, si minutieux qu'ils soient, ne suffisent pas en histologie normale et pathologique; ils ne le sont que trop. Malgré toute la clarté possible de la description, l'esprit le plus délié et abstrait saisit difficilement ces détails microscopiques que l'œil nu est impuissant à distinguer. La représentation, grossie par le microscope, de tous ces infiniment petits, est indispensable pour les rendre sensibles et appréciables dans leurs moindres détails. De là la nécessité de planches explicatives, imposées comme celles-ci sur papier fort et fin pour mieux en reproduire tous les détails, dont l'idée s'en grave d'autant mieux dans l'esprit. En ressortissant plus nettes, plus claires et déliées que les premières, les figures anciennes et nouvelles ont l'immense avantage de faire mieux voir les caractères normaux des éléments histologiques et les lésions, les transformations qu'ils subissent dans l'état morbide. C'est presque de l'anatomie pathologique à l'œil nu, sans aucune odeur ni exhalaison désagréable ou dangereuse, ce qui a bien son avantage dans le cabinet.

L'ordre suivi dans la première édition a été rigoureuse-

ment observé dans la seconde, en y ajoutant les progrès réalisés depuis dix ans dans cette branche importante. On sait l'activité fébrile et l'ardeur enthousiaste que la jeune et nouvelle école y déploie. La nouveauté du sujet et la promesse qu'il contient de trouver dans cette voie le secret et la raison positive des choses sont d'ailleurs des attraits capables de stimuler les plus tièdes. De là les nombreuses additions faites à ce volume, quoique les auteurs n'y aient consigné que les découvertes promulguées officiellement comme il convient à un Manuel.

Les indiquer en détail serait faire l'analyse du livre entier. Bornons-nous à signaler celles qui se trouvent au commencement et à la fin comme les plus importantes. Telle est la distinction des éléments normaux et figurés de la lymphe du sang et du protoplasma, ajoutée à ceux des tissus dans un chapitre à part, ce qui a permis de décrire et apprécier les nouvelles méthodes d'examen et de numération de ces éléments. Leurs altérations pathologiques y sont également décrites et figurées à part. Mais c'est surtout l'histologie normale et pathologique du système nerveux central, cerveau et moelle épinière, par les nombreux et importants travaux récents dont elle a été l'objet, qui a subi le plus de développements. Ces deux chapitres de la fin sont mis parfaitement au courant de la science, notamment sur les localisations cérébrales.

Il serait facile de signaler encore ici et là des définitions plus précises résultant des progrès mêmes de l'histologie pathologique, notamment dans les diverses formes du cancer en particulier, mais ce sera mieux faire apprécier les nouveaux développements de cette deuxième édition en disant que ce premier volume, correspondant aux matières des deux premiers fascicules, compte plus de 100 pages d'excédant malgré l'agrandissement du format. Le nombre des planches s'élève aussi de 249 à 281. Ce n'est donc pas là une simple réédition. Sans être refondue, elle est revue, corrigée et très augmentée.

Il n'y a pas autrement à faire l'éloge de ce livre. Une seconde édition étant devenue nécessaire, alors que la publication du dernier fascicule de la première a paru il y a à peine quatre ans, son mérite se démontre par cet éclatant succès.

HYDROCÈLE. *Injection de perchlorure de fer.* Au lieu d'obtenir la cure de l'hydrocèle par des injections d'une solution iodée qui, poussées avec trop de force, peuvent refluer dans les enveloppes scrotales et amener leur gangrène, le professeur Houzé de L'Aulnoit a pensé qu'on pourrait se mettre à l'abri de cette grave complication en réduisant le traitement à une simple injection hypodermique. Il s'appuie à cet effet sur la rapidité et la force de coagulation des liquides albumineux par une solution de perchlorure de fer. Le magma fibrineux fait adhérer les parois de la poche et produit une guérison rapide et complète.

La première opération, avec une solution au 16e, fut faite par M. Cuignet, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lille. Peu de jours après, le 23 mai 1876, il opéra un homme de soixante-trois ans, qui avait été vainement traité par une injection de 15 grammes d'alcool à 90 degrés.

Il n'y eut pas la moindre douleur ; la réaction fut peu vive, et la guérison était assez avancée le sixième jour pour permettre au malade de sortir et de faire quelques heures de promenade.

Depuis cette époque, sept nouveaux cas ont été réunis, et M. Longuet en a opéré cinq autres. Il n'y eut qu'un cas de récidive. Tous les autres guérirent, sans conserver la moindre induration de la glande. Ces quatorze observations seront prochainement le sujet d'une thèse.

Cette nouvelle méthode, à divers titres, mérite donc d'être expérimentée par les chirurgiens.

Pour cela, il suffit de préparer une solution représentée par 2 gouttes de perchlorure de fer pour 1 gramme et demi d'eau distillée, de refouler 30 grammes de sérosité après avoir vidé complètement la tunique vaginale, et d'injecter ensuite la faible solution de perchlorure, qui amène instantanément la coagulation désirée, sans danger d'orchite, ni de lésion du testicule ni de ses fonctions. (*Acad. de méd.*, 10 février.)

Etude sur l'hydrocèle symptomatique des tumeurs du testicule. Thèse inaugurale, par le docteur A. Boursier. Paris. 1879.

Après bien des recherches et des examens sur la nature différentielle du liquide, l'auteur n'a trouvé aucun caractère distinctif de ces tumeurs. L'hydrocèle est toujours la conséquence d'une vaginalite ou d'un processus produit par la tumeur. Son siège, plus que sa nature, joue un rôle important sur la production du liquide. Les tumeurs de l'épididyme ont une action plus fréquente et rapide que celles du testicule. Les tumeurs malignes du testicule à marche rapide ne déterminent que rarement une hydrocèle libre. L'épanchement sanguinolent en est bien souvent le signe. L'épanchement séro-purulent d'emblée ne se trouve guère que dans le tubercule du testicule. La reproduction rapide et répétée de l'hydrocèle après la ponction est toujours symptomatique d'une tumeur du testicule.

Hydrocèle des enfants. *Traitement au collodion.* Sur plus de vingt enfants de deux à huit ans, atteints d'hydrocèle vaginale ou du cordon, le docteur Augé de Narbonne pratique tous les jours et même deux fois par jour, sur la tumeur, un badigeonnage avec du collodion riciné. Ce moyen lui a toujours suffi pour faire résorber le liquide en très peu de temps; jamais il n'a eu besoin de recourir à la ponction. La même pratique, essayée chez un garçon de dix-huit ans et sur deux autres adultes, a complètement échoué. La ponction et l'injection iodurée consécutive ont du être employées pour obtenir la guérison.

C'est en voyant appliquer ce moyen de compression au céphalématome des nouveau-nés, à la clinique d'accouchements de l'hôpital de Narbonne, dont un cas récent a guéri en vingt à vingt-cinq jours, qu'il l'a étendu à l'hydrocèle. Ce moyen n'étant indiqué dans aucun ouvrage classique, il y a donc utilité à le signaler, en recommandant aux praticiens de s'assurer si la disparition du liquide est définitive et durable. (*Courrier méd.*)

Hydrocèle congénitale. *Acupuncture.* La ponction avec une simple aiguille à suture par M. Samuel Osborn a suffi à amener la guérison, dans trois cas, chez des enfants de six mois, deux ans et neuf ans. L'hydrocèle était uniformément à droite et en communication plus ou moins distincte avec la cavité péritonéale. L'aiguille introduite était tournée

en divers sens, et, par la malaxation de la tumeur, un peu de liquide s'écoulait au dehors, et le reste s'infiltrait dans le tissu cellulaire. Un à deux mois après, il ne restait plus de liquide dans la vaginale. (*Lancet*, 21 février.)

HYGIÈNE. Cette science vitale par excellence, des individus, des familles, comme des peuples et des nations, tend à prendre des développements inusités. Enseignée d'abord comme science locale privée, individuelle, elle se généralise au point de devenir internationale, universelle. Et ce n'est plus seulement sous l'action protectrice des gouvernements que, à l'intérieur, des comités et des conseils d'hygiène sont institués et fonctionnent, tant bien que mal, sous sa direction immédiate et que des mesures préventives sont prises, à l'extérieur, contre l'envahissement des grands fléaux de la contagion et de l'épidémie. Devant l'insuffisance, la lenteur et la marche à tâtons de toutes ces institutions officielles, l'initiative privée s'est mise de la partie pour les stimuler et leur donner une impulsion plus active et efficace. De là la fondation des bureaux d'hygiène par l'administration communale des grandes villes, avec participation des départements, et la création de sociétés locales, de journaux spéciaux, de conférences, de cours et de leçons, de congrès internationaux enfin, dont l'action combinée disséminera partout, jusqu'à la moindre commune et le pluspetit hameau, l'enseignement et la pratique de l'hygiène publique et privée.

Deux congrès internationaux ont eu lieu cette année à ce sujet, l'un à Turin, l'autre à Bruxelles, sans compter les diverses autres réunions médicales ou scientifiques qui s'en sont occupées en particulier. Bien vaste est en effet le programme à réaliser, car, de la vie domestique et privée, l'hygiène s'est étendue à l'enfance, aux écoles, aux professions, à l'agriculture, à l'industrie et jusqu'aux voyages. La prophylaxie internationale de la syphilis, mise à l'ordre du jour en 1867, a été ainsi le point culminant, au Congrès de Turin, sans que rien de bien pratique ait été résolu à ce sujet, car la patente nette, à accorder aux voyageurs après quelques jours de relâche ou une traversée de quelques jours, n'est guère applicable comme trop risquée.

L'hygiène domestique et privée est d'une application bien plus facile, quant aux falsifications des denrées et des bois-

sons alimentaires, avec l'aide des bureaux d'hygiène chargés de procéder à la vérification et l'analyse des divers produits.

Leur création dans toutes les grandes villes est donc indispensable à l'organisation de l'hygiène publique. L'installation d'étuves pour la désinfection des objets de literie ayant servi aux malades atteints d'affections contagieuses ou infectieuses est une autre nécessité publique. Il va en être érigé deux à Paris à cet effet spécial dans les mêmes conditions qu'il en existe à l'étranger.

L'hygiène professionnelle s'est exercée surtout en faveur des mineurs, pour sauvegarder leur santé et leur vie.

L'hygiène des enfants pendant l'allaitement, puis à l'école comme à l'atelier, est surtout à l'ordre du jour en France, depuis que la natalité diminue constamment. Avec la nécessité des armées permanentes créée par la rapacité de l'Allemagne, il y a non seulement urgence à en conserver le plus grand nombre possible, mais il faut encore en faire des citoyens instruits, forts et vaillants, pour mieux défendre la patrie. L'allaitement maternel et la protection des nourrissons aussi bien que des écoliers et des apprentis, en réglant leurs heures de travail, sont dès lors de grandes et impérieuses obligations nationales. C'est en fondant des colonies au bord de la mer, pour les infirmes, rachitiques ou scrofuleux comme en Italie, et en popularisant l'usage de la gymnastique pour tous, comme en Allemagne, que l'on diminuera les non-valeurs. C'est principalement sur ces questions qu'ont porté les débats.

Transformation de Memphis. Il y a peu d'années, un médecin humouristique, anglais ou américain, donnait le plan de la nouvelle cité d'Hygiénopolis, réalisant toutes les exigences de l'hygiène et en offrant le type. Le nouveau *National board of Health* des Etats-unis vient de mettre ce programme à exécution à Memphis, ville décimée par la fièvre jaune il y a deux ans et qui coûta plus d'un milliard à la République (Voy. *année* 1878). Pour prévenir le renouvellement de ce fléau, et imputant la localisation de ce désastre à l'insalubrité du lieu, une délégation du Conseil a fait une inspection sanitaire de chaque maison, et le gouverneur de l'Etat a convoqué une réunion du Parlement pour voter une taxe extraordinaire de deux pour cent des-

tinée spécialement à remplir les prescriptions du comité. Il a condamné un grand nombre de maisons au centre même de la ville à être abattues, démolies, avec destruction par le feu des matériaux en provenant, les jugeant infectés du poison de la fièvre jaune ; de même de la literie suspecte et des vieux cordages. La ventilation et le nettoyage de chaque maison, un système d'irrigation dont la dépense seule est évaluée à douze cent mille francs, un meilleur approvisionnement d'eau, un meilleur pavage des rues et la transformation d'une partie de la ville en parc, telles sont les mesures prescrites, avec réserve d'inspecter les nouvelles constructions, élevées conformément à la police sanitaire. Memphis va devenir ainsi l'une des villes les plus salubres de la vallée du Mississipi, car elle remplit toutes les conditions de position et de site nécessaires à cet effet et à une grande prospérité commerciale. Cet exemple d'expropriation pour cause d'insalubrité mériterait donc d'être suivi par beaucoup d'anciennes villes du vieux monde.

Igiene ed educazione della prima infanzia (*Hygiène et éducation de la première enfance*), par le docteur Ferdinand Matoni. Un vol. in-12 de 89 pages avec notes et appendice. Naples.

C'est la traduction en italien du résumé fait par une commission de la Société française d'hygiène, des divers travaux envoyés au concours institué par ce corps savant sur cette question et qu'elle a récompensé. Il n'y a donc pas à en faire la traduction. Ce libretto sera aussi utile en Italie qu'en France pour l'élevage des petits enfants.

HYPNOTISME. Le mysticisme dans lequel les charlatans n'ont cessé d'envelopper le magnétisme animal a longtemps empêché les savants de s'en occuper. En étudiant cette force nouvelle, Braid, de Manchester, fut obligé, en 1843, de renoncer à cette hypothèse en attribuant l'hypnotisme à un trouble de la circulation cérébrale. Il suffisait, d'après lui, de regarder fixement un objet brillant pour être hypnotisé spontanément, sans aucune influence étrangère. Une idée dominante, suivant d'autres, suffisait même à cet effet. Czermak et Preyer ont produit un hypnotisme cataleptique chez des grenouilles et des poissons avec une

ligne de craie, ce qui montre suffisamment que des phénomènes physiques suffisent à produire cet état.

En reprenant ses expériences sur ses amis, le professeur Heidenhain a pu déterminer l'hypnotisme chez certaines personnes, en les obligeant à regarder fixement un objet brillant ou à écouter attentivement un son monotone, comme le mouvement d'une montre. La friction douce et rhythmique de la peau agit de la même manière. Certaines personnes très excitables réussissent surtout dans cette expérience. On attribuait autrefois ce pouvoir au magnétisme. Il est dû simplement, suivant l'auteur, à certaines conditions physiques qu'il est nécessaire de prendre en considération. La chaleur et la moiteur des mains, leurs mouvements, la modulation de la voix y contribuent surtout. Il est ainsi difficile d'hypnotiser un homme qui ne le sait pas, car l'hypnotisme est surtout provoqué par une excitation faible, prolongée et uniforme des nerfs de l'œil et de l'oreille qu'il suffit de renforcer ou varier soudainement pour le faire cesser. Aucun pouvoir, aucune force magnétique secrète n'existe dans l'opérateur; toute son habileté consiste à produire et maintenir une stimulation rhythmique.

Des divers phénomènes résultant de l'hypnotisme, la mimique est le plus appréciable. Les mouvements des hypnotisés ressemblent à ce qu'ils voient et entendent. Ils ferment ou serrent le poing, marchent, courent à travers les sièges, mangent une pomme de terre pour une reinette et ainsi beaucoup d'autres choses, comme des automates, sans connaissance ni souvenir. D'où l'auteur en infère cette théorie que la communication entre l'écorce cérébrale et les ganglions de la base est interrompue, suspendue, puisque l'impression reçue par l'œil ou l'oreille est directement transmise aux centres moteurs et convertie en mouvements, sans entrer dans le domaine de la conscience. Une stimulation trop facile pour l'impressionner peut aussi en rendre compte.

Chaque sensation correspond à un certain degré d'excitation sans lequel elle reste nulle. Si l'intensité de la lumière sur la rétine ou du son sur le tympan est trop faible, on n'en ressent aucune impression. C'est ce degré, déterminé par Fechner à l'état normal, qui serait bien plus élevé chez les hypnotisés, puisque les impressions qu'ils reçoivent,

capables de déterminer des sensations très vives dans l'état normal, ne peuvent éveiller leurs sens ni faire entrer leurs centres réflexes en activité.

L'analgésie n'est pas moins curieuse. Une épingle peut être introduite sans douleur dans le bras d'un hypnotisé. La sensation du toucher et de la douleur diffère par l'intensité, comme la narcose chloroformique, qui permet de sentir le contact du couteau, rend inconscient à la douleur de l'incision. Les hypnotisés sont impressionnés de la sorte et peuvent être piqués impunément.

Une grande irritabilité réflexe de tous les muscles striés est une autre condition particulière de cet état.

Elle persiste pendant des heures, et même des jours, après l'expérience. En frappant doucement les muscles du bras d'un hypnotisé, Heidenhain a produit une telle rigidité que le spasme musculaire, établi dans un point, traversait un groupe de muscles et pouvait se transmettre à tout le corps. Les membres et les parties ainsi influencés sont comme en catalepsie. Un homme puissamment musclé peut devenir si rigide qu'il lui est impossible de se mouvoir. Des exhibitions publiques ont démontré ce fait il y a peu d'années, à Paris, au théâtre des Nouveautés, sur deux jeunes filles hypnotisées, dont les bras étaient traversés de longues épingles et dont le corps et les membres, rigides, gardaient toutes les positions courbes, droites ou inclinées que le thaumaturge leur imprimait. Mais ces expériences, trop fréquemment répétées ou trop prolongées, ont un certain danger, que l'habitude ne suffit pas à éviter.

Car le cerveau est manifestement atteint, troublé dans ses fonctions, puisque la conscience des choses est diminuée. Le siège de ces altérations serait dans l'écorce cérébrale, d'après l'auteur, conformément à la théorie nouvelle des localisations motrices. L'activité des tubercules quadrijumeaux n'est pas diminuée, puisque les papilles réagissent parfaitement et que l'équilibre se maintient. L'hypnotisme n'est pas dû davantage à l'anémie, puisque les vaisseaux rétiniens sont normaux et que la congestion de la face par le nitrite d'amyle ne l'empêche pas. L'attribuer à un phénomène inhibitoire était dès lors tout simple, car c'est aujourd'hui la ressource suprême des positivistes pour avoir raison de tout ce qu'ils ne comprennent pas. L'irritation du

larynx affecte les cellules du ganglion de la respiration et inhibite son activité, dit Heidenhain, comme l'irritation du nerf vague inhibite les ganglions cardiaques. De même, l'inhibition de l'activité des cellules du ganglion de l'écorce cérébrale doit être la cause de l'hypnotisme. Et voilà pourquoi votre fille est muette, dirait Sganarelle, car, pour trouver une raison à toute chose, force est souvent de prendre celle que l'on ne comprend pas. (Voy. HYSTÉRIE.)

HYSTÉRECTOMIE. Ce n'est pas à Porro que revient l'honneur d'avoir découvert cette opération, dit le docteur Harris; c'est à Cavallini, qui, par des expériences sur les animaux, constata dès 1769 que l'extirpation de l'utérus gravide est moins dangereuse que l'opération césarienne. La première opération tentée sur la femme appartient à Storer, de Boston (1869); la malade mourut. Porro ne la pratiqua, pour la première fois, qu'en 1876. En tout, il a été publié trente-six cas d'extirpation de l'utérus; sur ce nombre, on note la moitié de guérisons, ce qui est un joli résultat par rapport à l'opération césarienne.

Le succès est plus probable lorsque la malade souffre depuis moins longtemps des douleurs de l'enfantement.

Ces trente-six femmes donnèrent le jour à trente-sept enfants, dont quatre étaient morts, et trente-trois vinrent au monde vivants.

Quant au pédicule, faut-il le lier en dehors, ou le renverser dans le vagin?

C'est un point non encore suffisamment étudié pour qu'il soit permis de se prononcer à son égard. (*Amer. journ.* et *Centralb. für med. Wissench.*, août.)

Le sixième exemple de cette opération a eu lieu avec succès, le 25 février dernier, à l'Institut obstétrical de Milan, par le docteur Mangiagalli, pour un rétrécissement du bassin mesurant à peine 40 millimètres. Ce succès est d'un bon augure, car les cinq cas précédents ont été des insuccès constants, tandis que la mortalité n'est que de 47,82 pour 100 en Europe.

Par un hasard des plus singuliers, quatre femmes atteintes de rétrécissements extrêmes, avec diamètre conjugué d'environ 6 centimètres ou au-dessous, se sont présentées à l'observation de M. Lucas-Championnière, dans l'espace

de deux mois. L'amputation utéro-ovarique a été pratiquée par la méthode antiseptique dans les quatre cas. Deux des femmes sont mortes, peu d'heures après l'opération. Les quatre enfants ont été extraits vivants; mais l'un a succombé à un accident, et l'autre n'a vécu que quatre jours. Ce sont donc deux succès complets, dont les mères ont été présentées comme exemples à l'Académie de médecine le 9 mars.

La première est une primipare de vingt-six ans, entrée à la Maternité le 27 octobre 1879. Type de rachitisme, cette femme n'a que 1 m. 25 et un diamètre sacro-pubien de 67 millimètres.

Le 19 novembre au matin, début du travail, sans rupture de la poche des eaux. Un peu d'écoulement sanguinolent, effacement du col. L'opération est décidée pour le soir. A trois heures et demie, toutes les précautions étant prises, elle est pratiquée : grande incision sur la ligne médiane de 15 à 16 centimètres, dépassant un peu l'ombilic en haut. On arrive rapidement sur l'utérus. Aussitôt celui-ci incisé, un flot de sang des plus effrayants monte.

M. Lucas-Championnière achève rapidement la section; il extrait par les pieds une fille vivante du poids de 2700 grammes, puis le placenta, et, avec deux pinces à kystes, appliquées au préalable sur les bords de la section, il attire l'utérus au dehors. Il passe deux broches dans le segment inférieur de l'utérus; au-dessous, un fil de fer; entre les deux, un second fil de fer, qui sont serrés avec le ligateur Cintrat. Résection de l'utérus, des deux ovaires et des trompes. Sutures de la paroi abdominale, six profondes et une superficielle; perchlorure de fer sur le moignon et pansement de Lister parfait. Opération de trois quarts d'heure.

Les suites ont été simples; la plus haute température a été de 38°,9, le 21 au soir. Enlèvement successif des sutures jusqu'au 28, puis des broches. Chute du pédicule le treizième jour.

20 décembre, cicatrisation complète. Dans les derniers jours du mois, c'est-à-dire au bout de six semaines, la malade se levait, complètement guérie. Elle présente aujourd'hui une légère éventration. Le toucher constate un col mobile et gros; elle a même eu déjà, sans accident, des rapports sexuels vers le 10 février, deux mois et demi après l'opération.

La seconde a vingt-trois ans, d'une taille de 1 m. 25 avec un diamètre sacro-sous-pubien de 67 millimètres, soit 5 seulement. Elle arrive à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Potain, le 30 décembre, étant en travail depuis trente-six heures, avec perte des eaux depuis vingt-quatre heures et une dilatation de l'étendue de la paume de la main. Pour calmer son extrême agitation, elle est soumise à l'anesthésie et opérée dès que le calme le permet.

Incision de la paroi abdominale de 16 centimètres, commencée franchement bien au-dessus de l'ombilic et descendant moins bas que pour la précédente. L'incision de l'utérus, produisant une hémorrhagie assez importante, arrive sur l'enfant, dont on déplace une épaule pour l'extraire par les pieds. Il est beau, respire bien et pèse plus de 3000 grammes. Broches et deux fils de fer, sutures profondes; pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, beaucoup plus élevé que chez la précédente. Pansement de Lister.

L'opérée n'a jamais éprouvé aucun accident, sauf une accélération extraordinaire de la respiration au bout de vingt-quatre heures : 55 respirations à la minute. Elle n'a jamais atteint 38° de température. On ne l'a pansée que le cinquième jour, puis le neuvième. A ce deuxième pansement, le pédicule était tombé. Au neuvième pansement, il ne restait plus qu'une ulcération très superficielle à la fin de janvier. Elle se lève en février, et la réunion des parois du ventre est si parfaite, malgré la date récente de l'opération, que l'on en voit très peu de traces. L'enfant, confié à une nourrice du service, est bien portant.

Dans tous ces cas de bassin rachitique, n'ayant qu'un diamètre de 6 centimètres et au-dessous, les femmes sont exposées à une mortalité énorme par la céphalotripsie, car il ne faut pas les confondre, dit l'auteur, avec celles dont le diamètre antéro-postérieur se rapproche de 7 centimètres. C'est pourquoi l'opération de Porro ne lui paraît pas devoir remplacer, dans tous les cas, l'opération césarienne, car la cause de la mort est, comme dans celle-ci, inhérente à la résection de l'utérus et à sa constriction. Les accidents lui semblent d'ordre réflexe et dus à l'ébranlement des plexus nerveux du ligament large. L'hystérectomie reste donc d'une gravité menaçante, tant que les modifications du procédé ne la diminueront pas. Voici celles qu'il propose :

Il est facile de démontrer, d'après ses propres observations, que l'incision doit porter beaucoup plus haut sur la paroi abdominale qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Le pansement antiseptique se fait ainsi mieux jusqu'au bout en s'éloignant du pubis. L'utérus est toujours incisé trop bas. Il serait très probablement moins grave de n'en exciser qu'une portion de médiocre étendue. Les précautions antiseptiques les plus parfaites doivent être prises. Il est probablement plus avantageux pour la femme d'intervenir avant le travail.

Avec les précautions antiseptiques, un local spécial, immaculé, n'est pas nécessaire. La dernière malade a été opérée et guérie dans une chambre mal aérée, qui a même servi quelquefois à isoler des maladies contagieuses. Il faut à l'opérée de l'isolement, de la chaleur, du repos, des soins, des précautions antiseptiques incessantes, les réconfortants suffisants. (*Journ. de méd. et chir. prat.* avril.)

La modification de Muller, consistant dans la ligature préalable de l'utérus avant son incision, a été employée pour la première fois avec un succès complet à Philadelphie sur une naine de vingt-cinq ans, mariée à un employé du cirque. Sa taille était de trois pieds et demi avec un rétrécissement considérable du bassin. Le docteur E. Richardson l'opéra en présence du docteur Harris, président de la Société obstétricale, des professeurs Goodell et Tyson et du docteur Smith, président de la Société médicale du Comté. L'enfant fut extrait presque sans vie, mais il a survécu, et la mère, malgré une plegmatia alba dolens après la première semaine, s'est parfaitement rétablie et a été présentée à la Société obstétricale. (*Boston med. and surg. journal*, 11 novembre.)

Hémostase. Une femme portant une volumineuse tumeur fibreuse de l'utérus, étant très affaiblie par des pertes de sang en résultant, dut être soumise à l'hystérectomie. Or, comme la quantité du sang contenue dans ces énormes tumeurs est toujours considérable, la perte en était, dans ce cas particulier, un facteur des plus importants, comme toutes les fois que cette opération a lieu chez des femmes dans un état de cachexie avancée.

Afin d'éviter ce danger à son opérée, M. L. Labbé, em-

pruntant le principe hémostatique d'Esmarch, utilisa son bandage compressif pour refouler dans la circulation générale le sang contenu dans la tumeur. Après avoir incisé la paroi abdominale, comme dans l'ovariotomie, il saisit la tumeur très vasculaire et gorgée de sang et l'entoura, depuis son sommet jusqu'à son pédicule, avec une bande élastique, comme on le fait sur un membre avant son amputation. L'hystérectomie se fit, en effet, presque à blanc, et, si l'opérée a succombé six jours plus tard à des accidents septicémiques, on a pu constater que l'énorme fibrome excisé était complètement exsangue et que près d'un litre de sang avait été restitué à la patiente.

C'est donc là une modification opératoire qui doit avoir un avantage réel dans l'hystérectomie, en restituant aux opérées une quantité considérable de sang. Il restera à varier le procédé d'application de la bande, suivant la forme des tumeurs. Une ou plusieurs aiguilles métalliques, longues, pourront être placées à des hauteurs différentes, pour en empêcher le glissement. (*Acad. de méd.*, 3 août.)

L'hystérectomie n'est donc plus seulement applicable aux femmes en couches atteintes de certains rétrécissements. Diverses tumeurs de l'utérus en sont aussi exclusivement justiciables, comme le professeur Queirel, de Marseille, l'a démontré par le fait suivant.

Une femme de cinquante ans, dont la ménopause a commencé il y a cinq ans et réglée tous les quinze jours depuis les deux dernières années, éprouve dès lors des douleurs de ventre. A l'examen, en novembre 1879, elle présentait le teint cachectique de l'anémie prononcée, de l'anémie utérine, avec œdème léger des membres inférieurs, pouls petit et fréquent, anorexie complète, quelquefois vomissements. Du côté du ventre, développement comparable à une grossesse à terme. Il existe une tumeur très grosse, dure, ne présentant en aucun point de fluctuation ni de résistance; elle est globuleuse, mobile et ne paraît pas adhérer aux parois abdominales. On la limite par la percussion, donnant de la matité sur toute son étendue et de la sonorité à la périphérie. Elle rappelle, par sa forme, le volume et la situation, un utérus gravide à terme.

L'opération est pratiquée le 22 novembre 1879, à huit heures du matin, dans un quartier populeux de la ville, mais

à l'aide de la méthode de Lister dans toute sa rigueur. Rien de particulier à noter, si ce n'est la grosseur du pédicule, large de 7 centimètres de diamètre. La section a été faite au niveau de l'union du corps et du col, c'est-à-dire dans la portion sus-vaginale du col.

L'examen de la pièce, qui avait le volume d'une tête d'adulte, présentait en arrière de petites bosselures correspondant à la présence de petits fibromes gros comme une aveline. L'un de ceux-ci, découvert en incisant la paroi postérieure de l'utérus, était pédiculé et ressemblait à ces fibromes si bien décrits par de West. Ce sont ceux-là qui seraient justiciables de l'emploi de l'ergotine, si l'on pouvait les diagnostiquer ; car, par la contraction des fibres musculaires utérines, ils pourraient être exprimés et expulsés assez facilement, le pédicule n'offrant que peu de résistance.

La paroi antérieure constituait à elle seule la tumeur principale. En l'incisant, on la trouve constituée par un énorme caillot sanguin, très dur, qui remplit complètement une cavité formée aux dépens de la paroi antérieure.

Ainsi donc, deux cavités : une dans la paroi antérieure de l'utérus, séparée de la vraie cavité utérine. Sa nature n'est pas douteuse; elle rentre dans la classe des hématocèles se formant par épanchement dans l'intérstice des fibres musculaires de la paroi utérine. Au point de vue du traitement, elle paraît contre-indiquer l'emploi de l'ergotine qui n'aurait pas agi, ou, agissant, aurait amené une rupture, soit de la portion antérieure de la paroi, d'où épanchement consécutif dans la cavité péritonéale, — on en sait les dangers, — soit de la portion qui séparait cette cavité de la cavité utérine, et alors communication avec l'air extérieur, suppuration longue et périlleuse, ou même sphacèle d'une partie du tissu utérin. Au lieu de cela, une opération réglée, qui a débarrassé la malade radicalement. En effet, celle-ci était complètement guérie le vingt-huitième jour. (*Acad. de méd.*)

Drainage péritonéo-abdominal. (Voy. OVARIOTOMIE.)

HYSTÉRIE. *Phénomènes réflexes.* En s'accompagnant souvent de parésie avec contracture, l'hystérie détermine, d'après M. Charcot, des phénomènes réflexes tendineux qui

ne doivent pas les faire confondre avec ceux d'origine cérébro-spinale (Voy. PARALYSIES). Toutes les fois que ces réflexes tendineux existent d'une manière prononcée chez une hystérique, on doit redouter la contracture. La simple application d'un aimant, par exemple, suffit à la provoquer chez celles qui y sont prédisposées. On la rend surtout manifeste et intense en supprimant l'action du cerveau, en hypnotisant la malade. M. Charcot en regarde ainsi une fixement, et, celle-ci en le fixant, les yeux légèrement dirigés en haut, laisse en peu d'instants retomber sa tête inerte : le sommeil est complet, l'insensibilité absolue. Alors l'exaltation des réflexes est si grande que, en touchant chacun des muscles de la main, on obtient la contraction isolée de chacun d'eux ensemble ou partiellement. Même résultat en pressant légèrement au coude le nerf cubital, dont la distribution compliquée détermine les mouvements du pouce et des deux derniers doigts, sans rien d'analogue dans les doigts intermédiaires. Tous les muscles de la face se contractent de même, soit par contact direct, soit par excitation du nerf facial. Une légère compression de l'ovaire suffit à réveiller la malade; ouvrir les yeux, souffler sur la face produit le même effet. Sur dix hystériques de la Salpêtrière, sept ont présenté ces divers phénomènes d'hypnotisme et de sensibilité réflexe des tendons, sans aucun inconvénient pour elles : expérience mettant toute supercherie hors de doute. (*Journ. de méd. et chir.*, février.)

Existence chez les enfants. Il est hors de doute qu'un certain nombre de petites filles en sont atteintes. Des 430 observations de M. Briquet, 87 se rapportent à des enfants au-dessous de douze ans, c'est-à-dire impubères. De curieuses observations recueillies à l'hôpital des Enfants par le docteur H. Paris, et relatées dans sa thèse inaugurale (*Paris*, 1880), montrent le tableau intéressant des causes et des symptômes de la maladie. L'alcoolisme, l'épilepsie, la phthisie même des parents, la chlorose, les peines morales, les mauvais traitements paraissent en être les causes les plus appréciables.

Suivant le docteur Lancereaux, elle serait la conséquence fréquente de l'absinthisme héréditaire. La crise convulsive aussi bien que les troubles de la sensibilité chez l'homme

comme chez la femme se confondent absolument avec l'hystérie, et beaucoup de cas observés chez l'homme lui semblent ainsi un effet héréditaire. C'est donc un type spécial à étudier et à distinguer des variétés multiformes de cette névrose. (Voy. ALCOOLISME.)

Abandonnée à elle-même, la maladie n'a aucune tendance à la guérison. Le traitement prophylactique est le plus puissant et doit consister dans une sage éducation, dont le but se résume ainsi : développer le côté physique et éviter un développement précoce, intellectuel et surtout affectif. L'habitation à la campagne, la vie un peu rude, les promenades, les jeux agités sont indiqués.

En même temps, les enfants seront soutenus par un régime tonique, du quinquina et du fer. Parmi les agents plus spéciaux, les plus efficaces sont le bromure de potassium et l'arsenic ; le premier à la dose de 2 à 6 grammes, le second sous forme de liqueur de Fowler, dont la dose, facilement supportée par les enfants, peut s'élever jusqu'à dix gouttes, en ayant soin de les espacer. On obtient souvent d'étonnants résultats avec l'hydrothérapie sous ses diverses formes : bains tièdes prolongés, bains froids, lotions froides et surtout les douches en pluie et en jet.

Flagellation. Une fille âgée de douze ans eut subitement, et sans raisons connues, des crises convulsives, avec suffocation, toux, aboiement et spasmes œsophagiens. Les crises étaient très fréquentes, et elles se manifestaient depuis douze jours, quand le docteur Henrot vit la malade pour la première fois. Sa physionomie était excellente, et rien dans son état général n'eut pu faire songer qu'il existât chez elle un trouble aussi profond du système nerveux. Toute la série des médicaments antispasmodiques avait été employée sans aucun résultat; aussi M. Ad. Henrot crut devoir mettre en usage immédiatement un moyen assez énergique, et qui lui avait déjà valu plusieurs succès dans des circonstances analogues. A la première attaque nerveuse que la jeune hystérique eut en sa présence, il la flagella impitoyablement avec une serviette trempée préalablement dans une cuvette d'eau froide. La crise cessa rapidement. Depuis cette époque, les accidents nerveux ont complètement disparu. (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, 31 décembre 1879.)

Castration. A la séance du 14 janvier de la Société médicale de Berlin, Israël présenta une jeune fille de vingt-trois ans, guérie d'une hystérie grave par l'opération de Battey, dont elle portait encore la cicatrice. Depuis plusieurs années, vomissements incoercibles, accompagnés de névralgies ovariennes très douloureuses. La faiblesse était extrême, l'anémie arrivée à un très haut degré. Presque tous les médecins (et elle en avait consulté plusieurs) lui avaient conseillé de se faire opérer, et la jeune fille était arrivée peu à peu à la conviction que la castration seule pourrait remédier à sa triste situation. Aussi se décida-t-elle à se laisser opérer le 31 janvier 1879. L'opération fut pratiquée avec chloroformisation et emploi de toutes les précautions de la méthode antiseptique. Pendant les trois premiers jours, sensibilité extrême du bas-ventre. La malade ne pouvait rester un instant sans une vessie de glace. En même temps, rétention d'urine, qui ne disparut qu'au bout de douze jours. Une semaine après, l'état général était bon, les vomissements avaient disparu, ainsi que la douleur ovarique. Depuis, la guérison s'est parfaitement maintenue.

Voilà, certes, un beau cas de guérison d'une hystérie grave par l'extirpation ovarique, dit l'auteur, — *si cette extirpation avait eu lieu, en effet.* Or, il n'en est rien : l'opération n'a été qu'une mise en scène, et la cicatrice que porte la jeune fille est celle d'une légère plaie cutanée.

Cette observation remarquable est le point de départ d'une intéressante discussion des indications de la castration. D'après Israël, il faut agir avec beaucoup de prudence avant de la pratiquer. (*Berl. klin. Woch.*)

I

ICTÈRE. Sous le nom d'*ictère nerveux*, le docteur Van Weddingen décrit un cas de *chromhydrose* très manifeste. C'était chez une jeune fille ayant eu des accès graves d'hystéro-épilepsie, se plaignant de douleurs fulgurantes *hystériformes* de la face; le médecin diagnostiqua une névralgie du trijumeau, car elle avait accusé auparavant des douleurs semblables dans tout le corps.

Le lendemain, les douleurs avaient disparu et la face présentait une teinte ictérique manifeste. Mais la blancheur des conjonctives et de tout le reste du corps, en montrant qu'il ne s'agissait pas d'un ictère hépatique, d'un état pathologique du foie, fit observer la malade de plus près.

« Me défiant des supercheries des hystériques, dit l'ob-
« servateur, je fis soigneusement laver la face, et l'on parvint
« ainsi à enlever en partie cette coloration anormale; mais
« elle renaissait lentement quelques heures après, sans la
« moindre intervention frauduleuse, car la malade était
« surveillée rigoureusement.

« La nature de la coloration, qui pouvait être enlevée,
« comme son caractère symétrique, excluait l'idée d'une
« ecchymose due à une contusion résultant de mouvements
« convulsifs. Et comme cette coloration s'était produite
« exclusivement dans l'endroit occupé par la névralgie de
« la veille; que, pendant plusieurs jours, la production icté-
« rique, à laquelle la malade trouvait un goût d'une amer-
« tume extrême, était fort superficielle, et qu'en examinant
« avec attention on découvrait que les glandes sudoripares
« fournissaient cette coloration, je crus avoir affaire à un
« cas d'*ictère partiel névralgique.* » (*Scalpel,* n° 31.)

Ictère grave. Trois cas en ont été observés à la clinique de Nancy par le professeur Bernheim et dont voici le résumé :

I. Kraft (Guillaume), quarante-quatre ans, entré le 12 avril. Habitudes alcooliques ; anciennes fièvres intermittentes. Ascite depuis deux mois. Tuméfaction considérable de la rate. Urines hémaphéiques, teint subictérique le 16 avril. Paracentèse abdominale le 17, qui donne issue à 8 litres de liquide ; reproduction de l'ascite dès le lendemain. Le 19, abattement, somnolence, urines involontaires, rigidité, eschare au sacrum, ictère progressif, apyrexie. Mort le 26, cinq jours après le début des accidents.

Autopsie : tumeur splénique ; atrophie cirrhotique du foie ; cœur gras.

II. Roch (Toussaint), quarante-cinq ans, carrier, entre le 19 février. Malade depuis deux mois : diarrhée, toux, oppression; quatre à cinq jours après, ascite. Suffusion ictérique depuis deux jours. Alcoolisme. Urines hémaphéi-

ques. Le 19, somnolence, épistaxis ; la somnolence continue les jours suivants ; paracentèse le 22, qui donne 2400 grammes de sérosité. Les gencives deviennent saignantes; taches ecchymotiques sur le corps. Urines involontaires ; pouls petit, fréquent ; teinte ictérique. Mort le 24, cinq jours après le début des accidents graves.

Autopsie : cirrhose atrophique du foie ; 6 litres de sérosité sanguinolente dans le péritoine ; cœur dégénéré.

III. Drouot (Antoine), trente-sept ans, cordonnier, entre le 19 octobre 1875. Alcoolisme ; anciennes fièvres d'Afrique. Depuis deux mois, faiblesse progressive, anorexie, vomissement. Depuis un mois, ictère ; depuis quinze jours, ascite et œdème des jambes. Ictère intense avec décoloration des selles, ralentissement du pouls, urines acajou. Le 16, urines involontaires, épistaxis, selles un peu colorées ; le 18, vomissement marc de café, urines sanguinolentes. Délire la nuit ; puis agitation, grincement de dents, coma. Mort le 25, neuf jours après le début des accidents graves.

Autopsie : cirrhose atrophique du foie ; ecchymoses sous-pleurales. Cœur flasque et friable.

En rappelant trois terminaisons de ce genre signalées par Frerichs sur trente-six cirrhoses, un cas de Wunderlich et un de Magnan, l'auteur est disposé à croire, surtout d'après ses souvenirs personnels, que l'ictère grave est plus fréquent qu'on ne le dit dans cette forme de cirrhose, surtout comparativement à la cirrhose hypertrophique. Il en voit la cause dans la résorption des principes biliaires, les troubles hématopoïétiques résultant de l'absence de sécrétion de la bile et de la destruction ou de l'insuffisance fonctionnelle du foie en tant qu'organe dépurateur du sang. La dégénérescence graisseuse du cœur, constatée dans les trois cas, en abaissant le chiffre des urines, ne permet pas une élimination suffisante des principes nuisibles, dont la concentration dans le sang provoque la complication ultime. L'intoxication paludéenne dont ces trois malades étaient atteints peut d'ailleurs, selon la remarque de M. Demange, contribuer autant que la cirrhose à cet ictère hématique plutôt que biliaire, par l'altération primitive plutôt que secondaire du sang. (*Soc. de méd. de Nancy*, 12 mai.)

Etude sur l'ictère grave, par le docteur A. Mossé. Un vol.

in-8° de 175 pages, Paris, 1879. Exposition des diverses formes cliniques de ce syndrôme, reposant sur les travaux précédents et sur trois observations recueillies à l'Hôtel-Dieu. De là les trois formes suivantes ;

Ictère typhoïde primitif, avec toxicohémie hépatique secondaire, qui, malgré son extrême gravité, est susceptible de guérison.

Ictère grave secondaire, véritable syndrôme de la désorganisation du foie.

Ictères aggravés ; primitivement catarrhale et hépigne, cette forme emprunte toute sa gravité à une condition morbide antérieure. Le rein surtout joue un rôle important.

Mais, loin d'exister toujours séparément, ces trois formes, dont la pathogénie est si complexe, peuvent se succéder.

IGNIPUNCTURE. Ce perfectionnement du *feu* des anciens, surtout réalisé par le thermo-cautère Paquelin, a donné des résultats très satisfaisants au docteur P. Koch, de Luxembourg, contre les affections buccales et pharyngiennes. L'emploi de cet instrument doit nécessairement se limiter à la partie antérieure des fosses nasales, des lèvres, de la langue, des amygdales, du voile du palais, de la luette et notamment du pharynx. Au début des cancroïdes labiaux, alors que les tissus profonds, non encore atteints, n'exigent pas l'emploi du bistouri, il suffit de le promener à plat sur les parties superficielles dégénérées, en faisant une courte pause quand la chaleur rayonnante produit de la douleur dans les tissus sains pour en obtenir la destruction. Deux ou trois applications suffisent alors. La cicatrice est à peine visible, et, dans aucun cas, il n'y a eu récidive.

Des tumeurs fibreuses des gencives, dont la majeure partie avait été enlevée préalablement avec des ciseaux courbes, ont été détruites dans trois cas avec ce thermo-cautère. Mais des névralgies insupportables en ont été la conséquence, et la dent voisine est même tombée en morceaux par le fait de la chaleur intense. De là le danger d'employer le métal chauffé au rouge blanc à proximité du périoste, des ramifications nerveuses et des dents.

Contre l'hypertrophie commençante des amygdales, quelques cautérisations énergiques avec le thermo-cautère

pointu suffisent à les réduire de volume. Jamais l'ignipuncture ne doit être renouvelée avant la chute de l'escharе. L'engorgement du moignon, résultant de l'amygdalotomie, est détruit aussi efficacement par ces cautérisations, qui en sont pour ainsi dire le complément. L'œdème et le gonflement chronique de la luette en sont également justiciables. En tenant l'instrument à plat sous l'organe, sans le repousser, on est plus sûr d'agir à point qu'avec le bistouri, qui sectionne souvent trop ou pas assez. Il suffit d'y revenir à plusieurs reprises pour opérer le raccourcissement voulu et défini.

C'est surtout contre la pharyngite granuleuse et glanduleuse des chanteurs, des prédicateurs, des fumeurs, qui forme la majorité des maux de gorge, que ce moyen est précieux. Les caustiques chimiques, en s'étendant, ne peuvent être employés qu'à dose trop faible pour détruire ; ils n'agissent alors que comme astringents et ne guérissent pas. Mis en contact instantané avec chaque granulation séparée, le thermo-cautère la détruit et agit efficacement sur les vaisseaux afférents. De là les excellents effets obtenus depuis un an. La réaction et la douleur en résultant sont si faibles que six granulations peuvent être détruites dans la même séance. Répétées deux fois par semaine, ces cautérisations en ont fini en quinze jours avec le pharynx le plus granuleux. L'ignipuncture est ainsi le meilleur remède contre cette affection rebelle. (*Congrès laryngol. de Milan* et *Ann. des malad. du larynx*, novembre.)

Ignipuncture dans l'œdème (Voy. *ce mot*).

INCONTINENCE D'URINE. En procédant de causes très diverses, cette infirmité a provoqué l'emploi des moyens les plus divers et même opposés. De là le nombre considérable de médicaments prônés à tort comme spécifiques, car il ne saurait en exister, puisque la nature même de la maladie varie. L'atonie de la vessie la provoque comme son extrême irritabilité. L'électricité, la strychnine et les stimulants, qui réussissent dans le premier cas, seraient non seulement inefficaces, mais dangereux dans le second, tandis que la belladone, si utile dans celui-ci, serait préjudiciable dans le premier. De là l'importance et la nécessité

de connaître la cause de l'incontinence avant d'en appliquer le remède.

Injections hypodermiques de sulfate neutre d'atropine. C'est la simplification du traitement par la belladone, le chloral, le bromure de potassium, dans le cas de vessie irritable par cystite ou autrement. Un soldat de vingt-six ans, ayant été pris d'une incontinence nocturne d'urine pendant que, subissant une peine disciplinaire, il couchait sur le carreau, le docteur E. Giraud lui fit une injection sous-cutanée d'un demi-milligramme avec une solution au 200e de sulfate neutre d'atropine. Mais, aucun effet ne s'en manifestant le surlendemain, on double la dose et ce n'est que le huitième jour que le malade cessa de mouiller son lit. On continua encore trois jours, en diminuant la dose, et la guérison fut complète.

Une jeune israélite de quatorze ans étant entrée à l'hôpital de Médéah, le 14 novembre, pour une conjonctivite granuleuse, on s'aperçut dès le lendemain qu'elle urine au lit la nuit. Interrogée sur le début de cette affection, elle dit en être atteinte depuis sa naissance. Elle ne se rappelle pas avoir passé une nuit sans salir son lit. Rarement, il lui est arrivé de vider plusieurs fois sa vessie. Lorsqu'elle ne dort pas, elle peut parfaitement retenir ses urines; mais, lorsqu'elle est plongée dans un sommeil profond, elle n'en est plus maîtresse. Le besoin d'uriner, auquel elle ne peut résister, la prend indifféremment à tout moment, mais surtout vers le matin.

Une injection est faite, comme dans le cas précédent, en doublant la dose dès le lendemain à défaut de résultat. Le lendemain matin, la malade est toute étonnée, en se réveillant, de ne pas trouver son lit mouillé comme d'habitude. On continue ces injections pendant huit jours, et, deux mois après la sortie de la malade de l'hôpital, la guérison de l'incontinence se maintenait parfaitement. (*Bull. de thérap.* 15 juin.)

Eau de Contrexéville. C'est dans les cas opposés, c'est-à-dire l'incontinence essentielle, que ces eaux ont réussi au docteur Debout. A la dose de quarante centilitres à un litre, suivant l'âge des malades, elles stimulent la contractilité et

la tonicité vésicale et peuvent ainsi être mises en parallèle avec la strychnine, le seigle ergoté ou l'ergotine et l'électricité. L'excès de sensibilité et de contractilité des fibres musculaires de la vessie en est une contre-indication formelle et est plutôt justiciable de l'atropine ou de la belladone. (*Acad. de méd.*, 11 mai.)

INJECTIONS. La mort récente du consul italien à Bombay est un exemple du danger de formuler en abrégé les solutions qui doivent servir à cet effet. Un médecin italien lui ayant prescrit une injection hypodermique de morphine contre une vive douleur de la jambe, il formula avec deux *grana* de morphine. Le pharmacien, trompé par l'abréviation, mit deux grammes et une injection contenant quinze fois plus de morphine que la dose indiquée fut ainsi faite. Des accidents immédiats indiquèrent aussitôt l'erreur et firent employer les contre-poisons, l'atropine probablement; mais, à défaut de pouvoir éliminer artificiellement le poison, la mort s'ensuivit bientôt. (*Lancet*, 10 avril.)

De là l'urgence absolue d'écrire en toutes lettres et très lisiblement la quantité des alcaloïdes entrant dans ces solutions et les précautions à prendre avant de les administrer. La promptitude, l'instantanéité de leur action en fait un danger de mort à la moindre erreur. Les trente-six exemples relatés dans l'opuscule du docteur Kane, de New-York, sur ce sujet, en sont des preuves frappantes.

Un grave accident, arrivé à un médecin anglais, mérite d'être relaté ici. Il venait de pratiquer une injection hypodermique, le 21 juin dernier, lorsqu'il plaça l'aiguille capillaire entre ses lèvres. Une inspiration inconsciente lui fit malheureusement ouvrir la bouche et l'aiguille tomba dans la bronche gauche, sans qu'il pût l'expectorer, malgré des accès de toux. La sensation de sa présence en était nettement perçue au-dessus et à gauche du mamelon. Le 25, il consulta le docteur Sydney Jones, qui le soumit vainement à des succussions en différents sens. Le docteur Bristowe en rechercha de même la présence par l'auscultation, et, en l'absence d'accidents sérieux, on conseilla simplement l'expectation dans un repos complet. Des accès de toux, du malaise et de l'insomnie se manifestèrent la seconde se-

maine, avec expectoration de mucus sanguinolent. Par moments, la respiration même était gênée par un obstacle, et l'on était dans l'anxiété de savoir ce qu'il adviendrait, lorsque, le 4 juillet, en s'habillant le matin, le patient eut un accès de toux plus violent que les précédents, et il expulsa une partie de l'aiguille avalée. L'oxydation l'avait brisée en deux presque à la limite du renflement. Peu d'heures après, l'autre morceau fut expulsé et cet accident n'eut pas d'autres suites. Mais c'est un exemple qui doit servir, aujourd'hui que tous les médecins pratiquent si souvent des injections sous-cutanées. (*Lancet*, 7 août.)

Injections hypodermiques. L'initiateur ingénieux de la systématisation de cette méthode thérapeutique, le docteur Luton, de Reims, à propos de la réunion du Congrès de l'Association française pour le progrès des sciences dans cette ville, a affirmé de nouveau ses droits de priorité à cette grande découverte, comme à la plupart de ses applications. Sa note à l'Académie des sciences en 1863, sur la substitution parenchymateuse en est le témoignage éclatant, et les auteurs allemands, Lucke, Englisch, Schwalbe, qui ont prétendu lui contester ce titre depuis, n'ont qu'à s'y reporter. Sans doute les médecins étrangers, anglais et allemands surtout, plus hardis et entreprenants, en ont rapidement étendu les applications, mais en en puisant l'idée première dans le principe essentiel de la méthode, qui est l'irritation révulsive, artificielle et topique, substituée à l'irritation morbide et pathologique. C'est par crainte de ces effets locaux que les médecins français se sont montrés si timides au début de son emploi, et pourtant l'action peut en être mesurée et graduée à volonté en commençant par la morphine et l'eau pure, pour passer au chloroforme, l'éther, l'alcool, l'eau salée, et atteindre le nitrate d'argent, le chlorure de zinc et les autres caustiques. Une simple fluxion par hyperesthésie peut être ainsi produite, jusqu'au phlegmon suppuré et l'anthrax vrai.

La douleur est calmée par les simples injections irritantes et surtout les points névralgiques, comme de nombreux faits l'ont établi pour la sciatique surtout. Toute phlegmasie localisée, comme l'érysipèle, l'ostéite apophysaire, peut être combattue par des injections révulsives.

Leur action fluxionnante peut ainsi opérer une dérivation puissante dans les diarrhées cholériformes ou colliquatives, les hémorrhagies graves, sans préjudice des autres moyens.

Mais les affections localisées, comme les tumeurs, en sont surtout l'indication précise pour les neutraliser ou les détruire sur place. Les injections iodées contre le goître en sont le modèle, et le succès, dans ce cas, consiste à ne pas les renouveler trop souvent et à ne pas les porter dans le parenchyme même du goître. C'est sur ce terrain des tumeurs qu'il y a le plus à insister avec cette méthode, soit pour en obtenir la résorption, comme dans les adénites, les ganglions hypertrophiés, soit pour en déterminer la mortification, par suppuration et destruction sur place. L'isolement, l'enkystement, la mobilité sont les conditions essentielles de cette intervention, et c'est ainsi que les injections interstitielles d'alcool, d'eau salée, de teinture, d'ergot, d'acide acétique, de nitrate d'argent et de chlorure de zinc ont réussi contre les kystes athéromateux, synoviaux, fibreux, utérins et naso-pharyngiens. Les applications sont sans limites sous ce rapport où la simple injection peut rivaliser victorieusement avec le bistouri.

L'emploi en est beaucoup plus difficile pour la cure radicale des tumeurs liquides, comme les hernies et les anévrysmes. Au lieu de les faire pénétrer dans la tumeur, c'est autour qu'il faut les diriger. La guérison radicale des hernies congénitales a été ainsi obtenue, celle de l'ombilic notamment, par des injections d'eau salée et d'alcool, surtout chez les animaux. Les tumeurs variqueuses ont été traitées de même avec le nitrate d'argent, l'alcool et le perchlorure de fer. En déterminant une périphlébite, on provoque l'endophlébite coagulante et adhésive ensuite. C'est sur cette plegmasie expérimentale et périvasculaire que l'auteur compte pour étendre efficacement l'emploi de ces injections aux tumeurs sanguines. (*Archiv. de méd.*, octobre.) Voy. HERNIES.

Injections d'ergotine. *Modus faciendi.* Un moyen de prévenir les abcès et les eschares superficielles consécutives est, pour M. Lucas-Championnière, de les faire hardiment, brusquement, dans la couche profonde du tissu cellulaire

sous-cutané. Une injection superficielle est immédiatement très douloureuse et détermine de petits abcès ou des eschares. Sur la même femme, avec la même seringue, la même aiguille et le même liquide d'injection, aucun accident ne survenait par une opération plus profonde, faite comparativement. Il les fait ainsi pratiquer à la racine des cuisses, à la face externe et postérieure, où elles sont aussi actives que sur la face inférieure de la paroi abdominale. Après avoir fait un pli à la peau ou en la tendant bien, il peut en confier l'exécution aux élèves en médecine et même aux sages-femmes sans nul accident. Elles remplacent efficacement l'ergot de seigle et peuvent être faites à l'insu même des malades. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, février.)

Injections pâteuses. Cette dénomination bizarre et inexacte est appliquée par le docteur A. Tripier, de Lyon, à l'introduction dans l'utérus de topiques savonneux, sous forme de petits crayons, dans lesquels sont incorporés des alcaloïdes ou des sels. Il les pousse dans la sonde, à l'aide d'un piston, pour remplacer les injections intra-utérines liquides et les pommades. Des effets favorables en ont surtout été obtenus contre les fibromes interstitiels de l'utérus. (Voy. *ce mot.*)

Injections intra-veineuses d'ammoniaque. C'est là une ressource ultime qui ne se justifie que par le danger de mort. Elle a été employée chez une phthisique de quarante-neuf ans, qui se trouvait à la dernière extrémité par une asphyxie imminente. Ni l'emploi des réactifs, ni des stimulants, ni des injections sous-cutanées d'éther n'ayant pu tirer la malade, toute cyanosée, de son collapsus, le docteur Trois-Fontaines pratiqua, dans une des veines de l'avant-bras, une injection de parties égales d'ammoniaque liquide et d'eau distillée. La malade en sentit la douleur et retira un peu le bras en se plaignant. Une demi-heure après, elle reprenait connaissance avec amélioration notable du pouls, respiration moins précipitée et plus profonde avec faculté d'expectorer et d'avaler. Elle reconnut son fils, nouvellement arrivé, et put lui faire certaines recommandations d'une façon claire et explicite. Une seconde injection fut pratiquée

quatre heures et demie après pour prolonger cet état; mais la malade succomba presque subitement deux heures et demie ensuite. Ce nouvel exemple peut donc encourager ces injections *in extremis*. (*Ann. de la Soc. méd. de Liége.*)

K

KÉRATITE GRAISSEUSE. Désignée sous les noms de taches artificielles, métalliques, plombiques, calcaires, argentiques, cette altération de la cornée, assez commune pour être connue de tous les médecins, vient de changer de nom de par l'histologie moderne. Le docteur Cuignet ayant enlevé la cornée d'une jeune fille qui en était atteinte, elle fut soumise à l'examen du professeur Kelsch qui la trouva infiltrée de vésicules graisseuses entre les rangées cellulaires et les lames cornéennes. Et voilà comment, *ipso facto*, une nouvelle espèce morbide est créée.

Mais, dira-t-on, l'examen d'un spécimen ne suffit pas à caractériser tous les autres, d'autant moins que ces taches sont désignées sous des noms différents. Les six observations cliniques rapportées par l'auteur sont en effet loin d'être identiques dans leurs causes, leurs symptômes et leurs effets, et il est plus que probable que, sous le champ du microscope, les caractères histologiques, si variables, sont aussi différents. Mais cet examen suffit à M. Cuignet pour les rapporter toutes à ce type. L'histoire clinique et anatomique en est ainsi tracée, d'après plus de cinquante cas qu'il en a observés à Paris comme en Algérie et à Lille.

Quant à savoir comment se forme cette graisse et quelle en est la nature, il n'y a pas lieu de s'en occuper, d'après le savant histologiste. « C'est, dit-il, la graisse normale, complète, caractérisée par des gouttelettes de volume variable, telles qu'elles apparaissent dans les tissus graisseux normaux et frais.

L'apparition de cristaux annonce la décomposition de la graisse, et les dépôts lamelliformes, brillants, entre les lames profondes de la cornée, tels qu'ils sont décrits dans la cinquième observation, sont assurément les paillettes de cholestérine, résultant de la décomposition sur place des

vésicules adipeuses, ou plutôt d'une constitution incomplète de la graisse normale. »

L'étiologie comme le diagnostic différentiel avec les dépôts de substances étrangères sur la cornée, les leucomes, les exsudats, sont donc établis simplement par la clinique et quant au traitement, on prévoit qu'il n'en peut être ni éclairé ni modifié. (*Bull méd. du Nord*, août.)

Voilà pourtant la science à la mode et comment elle se constitue de nos jours. Chacun s'y rallie et il nous reste ainsi à enregistrer cette nouvelle espèce pathologique, sans que nos lecteurs aient grand'chose à y gagner.

KYSTES. Kyste du mésentère. Ce cas rare et des plus curieux a été observé à l'hôpital Beaujon par MM. Millard et Tillaux, sur un employé de commerce, au mois de juin dernier. Il avait été pris subitement, le 25 mai, de douleurs si vives dans l'abdomen qu'il ne put regagner péniblement son domicile qu'en se courbant en deux. Les douleurs étaient atroces, sans rémission. On lui dit alors qu'il avait une tumeur dans le ventre, un rein flottant. A son entrée à l'hôpital, les douleurs se produisaient, sous forme de crises très vives, toutes les heures et demie ou deux heures, sans aucune évacuation. Des lavements réitérés ne donnaient que des selles rares et la douleur était comparée par le patient à une barre de fer rouge traversant l'estomac et les entrailles. Le malade ne pouvait absorber ni viande ni pain. Le décubitus sur le dos amenait de véritables tortures et la seule attitude possible était la station sur son séant, courbé, les genoux au menton.

Quarante jours s'écoulèrent dans cet état, presque sans repos ni nourriture. D'après l'invasion foudroyante et l'apparition subite d'une tumeur jusque-là ignorée du malade, on diagnostiqua une invagination chronique de l'intestin. De là l'emploi des courants continus, du massage, des douches rectales. Mais la situation empirait, le malade dépérissait et réclamait instamment une opération. Il passe dans un service de chirurgie où, après une rémission apparente, les crises reviennent avec une intensité effrayante. D'où la résolution de pratiquer une laparotomie exploratrice, comme M. Gosselin voudrait qu'on l'appelât.

L'opération eut lieu dans une salle isolée au fond du

jardin, avec toutes les précautions du listérisme. Une longue incision de 22 centimètres, se prolongeant jusqu'au pubis, permit à la main de rencontrer non pas une invagination intestinale, mais une tumeur du mésentère, grosse comme une tête de fœtus. Implantée sur la partie latérale droite, elle adhérait à la colonne vertébrale. La ponction ne donna qu'une matière analogue à de la crème épaisse et le kyste fut ensuite ouvert et vidé. La tumeur, cernée de tous côtés par des ligatures, fut excisée aussi près que possible du mésentère, sans l'en séparer complètement. Le moignon étant touché avec une solution phéniquée, on remit les viscères en place et les lèvres de la plaie furent réunies. Malgré quelques accidents de péritonite, la guérison eut lieu et l'opéré put être présenté à l'Académie en répondant intelligemment à toutes les questions qui lui furent faites.

L'examen histologique du kyste n'a montré ni poils, ni épiderme, ni épithélium dans la tumeur. Le point de départ de la lésion était dans un ganglion mésentérique intéressant le plexus solaire : d'où les grandes douleurs et les crises. Les parois du kyste étaient fibreuses et son contenu graisseux, ressemblant à de la crème, sans qu'il ait été possible de s'en expliquer l'origine ni la genèse. (*Acad. de méd.*, 17 août et 14 septembre.)

Kyste hydatique du foie. *Ponction évacuatrice d'emblée.* A la suite d'un remarquable succès obtenu par ce procédé chez une femme de trente-sept ans, et dont il rapporte l'observation, le docteur Roger critique le traitement par les caustiques, comme trop lent et dangereux, et la ponction avec le trocart capillaire comme insuffisante et ne pouvant amener la guérison que dans des cas exceptionnels de kystes probablement muqueux. Reste donc la ponction d'emblée avec le gros trocart, qu'il préconise, mais avec une modification originale qui mérite d'être annotée.

Au lieu d'introduire immédiatement la sonde de gomme élastique dans la canule du trocart pour établir la communication directe avec l'extérieur, ainsi qu'il est généralement recommandé, il laisse la canule en place et l'assujettit pour en éviter le déplacement et la sortie. C'est pour lui le plus sûr garant contre l'épanchement du liquide dans le péritoine. En admettant que le diamètre de la canule soit de un centi-

mètre, celui de la sonde devra être de 8 millimètres au plus. D'où un vide relatif de 2 millimètres s'opérant par l'échange immédiat des deux tubes. Et comme l'extraction de la canule, énergiquement serrée par l'élasticité propre des tissus qu'elle vient de traverser, ne peut se faire, malgré toutes les précautions, que par force, il lui semble impossible que le vide en résultant ne provoque pas l'écoulement du liquide dans le péritoine. De là la prescription de laisser la canule à demeure pendant une huitaine de jours pour prévenir toute issue du liquide. Alors la canule tourne et glisse facilement dans les tissus; par l'irritation traumatique qui s'est développée autour, les feuillets viscéraux et pariétaux adhéreront ensemble, et il sera alors sans danger de l'extraire, après y avoir substitué une sonde de calibre égal pour faire les injections, au besoin pour le détergement du kyste. L'adhérence limitée autour de la canule sera suffisante pour n'avoir plus d'épanchement à craindre.

Telles sont les raisons de cette simple modification. Peut-être l'élasticité même des tissus la contredit-elle, mais elle est justifiée par la difficulté immédiate de l'extraction de la canule. C'est au praticien de juger. (*Bull. de thérap.*, nos 6 et 7.)

Laparotomie. Au lieu de la ponction simple, c'est en mettant le foie à nu par une large incision de la paroi abdominale, un peu à gauche de l'ombilic, et l'incision consécutive du foie même, que M. Lawson Tait a ouvert dernièrement et avec succès un énorme kyste hydatique de cet organe. L'origine du mal remontait à 1872, mais ce n'est qu'en février dernier que le diagnostic fut précisé dans une consultation avec sir W. Jenner. La matité s'étendait depuis la troisième côte jusqu'au niveau de l'ombilic, en dépassant la ligne médiane. Le poumon droit n'admettait plus d'air, et la respiration en était profondément troublée. Vomissements incessants, faiblesse extrême. La ponction avec aspiration, pratiquées quinze jours auparavant, avaient rapidement aggravé la position. De là l'opération nouvelle, tentée comme moyen extrême.

L'ouverture de l'abdomen montra le tissu hépatique absolument sain et sans la moindre adhérence avec la paroi abdominale. Une incision dans le foie, de 3 pouces

de long, donna issue à 2 gallons, soit 8 litres environ de kystes hydatiques, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une orange. La paroi de cette cavité avait un demi-pouce d'épaisseur. Les bords en furent réunis à ceux de la plaie abdominale, et un large tube en verre, de 8 pouces de long, fut placé à l'angle inférieur, pour l'écoulement du liquide.

Le soulagement fut immédiat et complet. Un écoulement d'hydatides avec pus mêlé de bile persista pendant deux mois, en diminuant graduellement, et, l'appétit étant revenu, l'opérée se trouva en parfaite santé dix semaines après l'opération, dont il ne restait plus qu'un petit sinus fistuleux. (*Roy. med. and chir. Society*, 14 décembre.)

On ne sait ce qu'il faut admirer le plus ici de l'audace du chirurgien ou du succès qui l'a couronné, d'autant plus qu'aucun antiseptique n'a été employé. C'est d'ailleurs l'unique ressource à employer dans ces vastes kystes, comme un exemple précédent le montre péremptoirement. (Voy. *année* 1876.) L'ouverture à ciel ouvert des abcès du foie, surtout sous la protection du nuage phéniqué, comme des succès en ont été rapportés cette année par M. Rochard, montre que le traumatisme de cet organe n'est pas si redoutable que trop de chirurgiens le pensent. Il n'y a donc pas à hésiter à l'ouvrir quand les autres moyens ont échoué.

Kyste hydatique de la rate. *Simulation d'un cancer de l'estomac.* Une femme de quarante-neuf ans se présenta à l'hôpital avec toute l'apparence d'une cachexie cancéreuse très avancée, dans le service du docteur Gérin-Roze. A la suite d'une chute, elle a commencé à souffrir dans l'hypocondre gauche, puis une tumeur volumineuse et sensible à la pression s'y est montrée. Des vomissements couleur de suie et des selles noires ont commencé une quinzaine de jours avant son admission. L'idée d'un cancer de l'estomac se présentait donc naturellement; mais la tumeur, arrondie et lisse, n'en avait pas la consistance et se trouvait éloignée du siège ordinaire de cette affection. Malgré la gastrorrhagie, une tumeur de la rate est supposée, et une ponction exploratrice en vue de la vérifier donne issue à quatre cents grammes de liquide *eau de roche.* La gastrorrhagie cesse, et une amélioration marquée résulte de cette opération. Mais

bientôt les douleurs reparurent et la tumeur se reforma. La seconde ponction donna du pus, et la poche fut ensuite ouverte avec le thermo-cautère, après avoir déterminé des adhérences avec la potasse caustique. Un soulagement momentané n'empêcha pas la mort.

L'autopsie montra une vaste poche formée, dans le quart de son étendue, par le tissu propre de la rate doublé de plaques d'apparence cartilagineuse. Elle avait par places une épaisseur d'un centimètre et demi, avec aspect cartilagineux, dans ses points épaissis. C'était simplement du tissu conjonctif très serré. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 février.)

La splénotomie ne devrait-elle pas être tentée, en pareil cas? La question peut être posée devant ses succès. Un cas semblable s'est rencontré dans le service de Gubler, sans que le kyste ait été prévu, diagnostiqué. L'autopsie seule en démontra l'existence.

Kystes de l'ovaire. *Rupture dans le péritoine.* Elle n'est pas si dangereuse ni fatalement mortelle qu'on l'admettait encore il y a peu de temps. Le docteur Féréol le démontre par un fait, où la guérison a eu lieu par des lavages intra-péritonéaux répétés deux fois par jour pendant plus de deux mois. Les membranes hydatiques étaient extraites avec une grosse canule en gomme élastique, percée d'une seule ouverture latérale très grande, où elles s'engageaient, entraînées par le courant de l'injection à sa sortie. Une fistule biliaire intra-péritonéale s'est même fermée pendant ce traitement. La malade est guérie, avec une légère fistule.

Cette rupture est diagnostiquée à l'apparition de l'urticaire, qui en est un signe fréquent (Voy. *année* 1876). La péritonite et l'ascite font même défaut, d'après l'observation répétée des médecins scandinaves. Quand des phénomènes inflammatoires, graves même, se déclarent, ils peuvent se calmer spontanément ou par des moyens chirurgicaux.

Ce qui fait la gravité de cette rupture est l'état du liquide renfermé dans le kyste. S'il est purulent, elle est presque toujours mortelle; mais un liquide limpide et frais paraît le plus souvent inoffensif. La présence des hydatides vivantes est moins dangereuse que celle des hydatides mortes. Il ne faut pas craindre d'intervenir activement dès que les accidents sont peu graves ou se modèrent. La ponction même

de l'ascite est indiquée et au besoin des injections détersives, comme l'exemple ci-dessus en est la preuve. (*Acad. de méd.*, 25 mai.)

Mort subite. La compression sur les veines du bassin ou des membres inférieurs peut déterminer la coagulation du sang et des thromboses cachectiques, comme dans la *phlegmatia* des nouvelles accouchées. En se détachant, elles amènent des embolies du cœur droit et de l'artère pulmonaire et déterminent ainsi la mort subite, comme neuf exemples en sont cités par le docteur G. Legrand dans sa thèse inaugurale. (*Paris*, 1879.)

Kystes sarcomateux. *Incision exploratrice.* Dans les cas douteux, où le caractère de la tumeur ne peut être exactement diagnostiqué, le docteur John Homans propose de faire une incision exploratrice pour évacuer le liquide et en prévenir la reproduction. En procédant ainsi chez une femme dont l'amputation d'un sein cancéreux avait eu lieu sept ans auparavant, il trouva un état sarcomateux des deux ovaires et de l'utérus, qui s'opposait à l'excision. Il se borna dès lors à éponger l'intérieur du kyste, et le liquide ne s'est jamais reproduit pendant un assez long temps.

Il proposa la même opération chez une femme de cinquante et un ans dont une ponction préalable avait donné 22 livres d'un liquide ascitique clair. Des douleurs considérables avaient suivi cette ponction, qui lui semblaient un signe de tumeur sarcomateuse. Le liquide s'étant reproduit en janvier dernier, il pratiqua, le 4 février, à l'hôpital Carney, une incision exploratrice, faite sous le nuage phéniqué, qui donna vingt livres de liquide. Les deux ovaires étant seuls envahis par des tumeurs sarcomateuses, il en fit immédiatement l'excision. L'opérée se rétablit. (*Med. Society of New-York*, février.)

Sous l'euphémisme d'incision, il s'agit donc bien ici d'une véritable *laparotomie exploratrice*, proposée plus haut par M. Gosselin. L'idée est donc justifiée par cette double exécution dont le résultat peut servir d'encouragement aux chirurgiens français pour l'admettre définitivement.

L

LAPAROTOMIE. De nouvelles applications de cette opération redoutable tendent chaque jour à la rendre plus usuelle. Grâce au nuage phéniqué, son emploi n'a plus de limites. On ouvre presque aussi facilement le ventre aujourd'hui qu'un abcès autrefois. Un obstacle, une tumeur se montrent-ils dans cette cavité, que la laparotomie est aussitôt mise en question. On n'excise plus seulement par cette voie les reins, la rate, les ovaires, la matrice; un chirurgien anglais, M. Lawson Tait, la préconise comme méthode générale contre la grossesse extra-utérine, les kystes hydatiques du foie et les abcès intra-pelviens, suivie du drainage. Elle n'est ni difficile ni dangereuse, dit-il, et il invoque à l'appui plusieurs succès obtenus. (Voy. GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, KYSTES.) Sa communication n'a reçu, il est vrai, qu'un accueil aussi froid que l'opposition a été vive. On lui a objecté avec avantage l'emploi de la ponction par le vagin ou le rectum. Mais la sécurité toujours supérieure qu'il y a à opérer à ciel ouvert plutôt qu'à l'aveuglette permet de croire que la laparotomie sera préférée désormais. La faveur dont elle jouit suffit à lui assurer ce succès. (*Roy. med. and chir. Society*, 11 mai.)

Il en est de même des étranglements internes ou des obstructions intestinales par compression ou rétrécissement. Malgré des insuccès désastreux, qui en montrent bien les incertitudes et les risques, cette opération est prescrite et étendue à tous les cas de ce genre. Comme si c'était maintenant l'unique et principale ressource, on néglige, on abandonne tous les autres moyens. Dans l'incertitude trop fréquente de la réalité de l'obstacle et l'obscurité de sa nature, on préfère s'en assurer aussitôt *de visu*. C'est le propre du positivisme actuel de ne plus vouloir agir à tâtons; le plus court et le plus sûr, c'est d'ouvrir le ventre pour y regarder et voir de près. Un chirurgien des plus prudents et conservateurs de ce temps, le professeur Gosselin, a même insisté récemment, à propos de la laparotomie pratiquée avec succès par M. Tillaux pour un kyste ignoré du mésentère (Voy. *ce mot*), pour qu'on la pratique préventivement en

admettant une *laparotomie exploratrice*, comme il y a la ponction de ce nom. Il a été devancé à cet égard aux États-Unis, comme on l'a vu précédemment. On ne sait plus attendre ni temporiser en pareil cas. C'est là le progrès. Enhardis par la tolérance du péritoine dans l'ovariotomie, les chirurgiens ne paraissent plus redouter son traumatisme, et, si une péritonite se déclare et entraîne la mort, ce n'est pas le traumatisme que l'on accuse, c'est de ne pas l'avoir pratiquée assez tôt.

Le précepte d'opérer immédiatement est ainsi posé par le professeur Trélat, pour éviter plus sûrement la péritonite, l'accident le plus formidable de cette opération, en produisant deux faits à l'appui de cette nouvelle interprétation. Il s'agit, dans le premier, d'un homme de trente-cinq ans, qu'il fut appelé à voir le 23 octobre dernier. Sauf un météorisme prononcé de la partie inférieure du ventre, on ne constatait aucun obstacle appréciable. En présence d'une constipation persistante et de vomissements porracés, M. Potain diagnostique un néoplasme dans la partie inférieure du côlon descendant et les injections forcées, la faradisation sont mises en usage pour surmonter cet obstacle... supposé. Aucun résultat n'étant obtenu, on ouvre le ventre dès le lendemain. Point de péritonite, ni tumeur, ni bride. Une corde mésentérique, peu appréciable, quoique assez longue, existait au niveau du coude formée par le côlon descendant. C'était l'unique obstacle, comme le médecin l'avait prévu. On la détruit, et l'on referme le ventre sous le nuage phéniqué. Des gaz et des matières sont bientôt rendues, et le succès semble certain le lendemain. Mais la péritonite se déclare et emporte l'opéré cinquante heures après.

Et admettant que le malade était sous l'influence d'une péritonite commençante avant l'opération, il rappelle comme preuve le fait d'un homme de vingt-quatre ans, amené à l'hôpital pour un étranglement interne serré des plus manifestes, à marche rapide, inexorable, opéré dès le lendemain, mais déjà trop tard, dit-il, car il succombait, quelques heures après, aux accidents d'une péritonite qui existait déjà à son arrivée. Et de là cette conclusion que, dans les étranglements à marche lente, sans fièvre ni température élevée, avec rémissions même, il faut opérer aus-

sitôt, comme dans les cas aigus, pour prévenir le développement de la péritonite. Trois autres exemples de laparotomie pour étranglement interne, communiqués par M. Berger dans la même séance, et suivis de mort par la même cause, permettent de supposer au contraire que cette opération suffit bien à la développer. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Une observation du docteur J. Bœckel, de Strasbourg, contredit cette influence nocive de la péritonite antérieure sur l'issue de l'opération. Des accidents caractéristiques d'un étranglement interne s'étant déclarés chez un homme qui avait eu une périty phlité accompagnée de péritonite trois semaines auparavant, la laparotomie fut néanmoins pratiquée avec succès. Une incision de six centimètres, agrandie ensuite, permit de trouver dans le côté droit une bride horizontale qui, fortement tendue sur la première portion de l'iléon, déterminait un étranglement. Cette bride fut sectionnée entre deux ligatures de catgut; la plaie fut refermée avec six points de suture, toutes les précautions de la méthode de Lister ayant été employées. Le cours des matières se rétablit, les vomissements cessèrent, et, dès le neuvième jour, le pansement put être enlevé, la réunion par première intention ayant été obtenue. (*Idem.*)

En n'admettant pas que le traumatisme du péritoine et la manipulation des boyaux soient plus redoutables dans l'obstruction intestinale que dans l'ovariotomie, où l'on ne touche guère aux intestins le plus souvent, les chirurgiens pourraient bien se préparer de graves mécomptes. Le nuage phéniqué même n'est pas sans danger, car son action irritante sur les reins a été notée par M. Thornton, depuis qu'il emploie le listérisme dans la chirurgie abdominale. (Voy. NÉPHRECTOMIE, OVARIOTOMIE.)

Les dangers de cette laparotomie, hâtive, même exploratrice, dans tous les cas de rétention prolongée des matières fécales avec les signes de l'étranglement, sont surtout évidents dans les cas d'atonie, de paralysie de l'intestin, comme des exemples démonstratifs en sont rapportés. On ne saurait trop s'en pénétrer, pour apporter plus de réserve dans l'emploi d'une opération si redoutable. (Voy. OBSTRUCTION INTESTINALE.)

Emploi contre les corps étrangers du rectum. Pour la pre-

mière fois sans doute, la laparotomie a été employée à cet effet. Il s'agissait d'un homme de quarante ans, ancien marin, atteint depuis de longues années d'une dyssenterie si habituelle qu'il avait une véritable incontinence des matières fécales. Pour atténuer autant que possible cette infirmité, cet homme ne trouvait rien de mieux que de tamponner son rectum pendant son travail. Il entourait un corps étranger d'un linge, qu'il s'introduisait ainsi, en en laissant une partie à l'extérieur, pour le retirer plus facilement quand le besoin en devenait pressant.

Se trouvant à travailler loin de chez lui et le linge lui manquant, il tailla un morceau de merisier dont l'écorce, remplaçant le linge, pendait à l'extérieur. Il avait la forme d'un cône large et peu élevé. Il entra si bien qu'il ne put être retiré ensuite, malgré les tentatives d'un médecin. Il vint dès lors à l'hôpital pour le faire extraire. M. Verneuil ne put même le sentir au toucher et prescrivit l'huile de ricin à doses fractionnées sans résultat.

Le 16 avril, M. Verneuil, désespérant de pouvoir atteindre ce corps étranger, que la main percevait à gauche de l'hypogastre, résolut d'ouvrir le ventre et même l'intestin au besoin pour l'extraire, le croyant fixé dans l'S iliaque. Deux doigts, étant introduits, reconnurent ce corps étranger dans le rectum, appuyé sur la symphyse iliaque gauche, perpendiculairement à la paroi osseuse. Un léger mouvement de bascule le fit descendre, et son arête tranchante se présenta au toucher rectal. Une branche de tenette suffit alors, en lui imprimant divers mouvements alternatifs, pour que, les doigts d'un aide l'empêchant de remonter, il pût être expulsé de cette manière laborieuse. Un peu de sang et le boursouflement de la muqueuse furent les seules conséquences de cette opération. Il y eût réunion immédiate de la plaie abdominale, et, par des injections rectales phéniquées avec une grosse sonde et répétées trois à quatre fois par jour, la guérison était complète en une semaine. C'est donc là un éclatant succès en faveur de cette opération. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Laparotomie antiseptique, un volume in-8°, par le professeur Bottini, de Pavie. Historique et avantages de cette nouvelle méthode, avec ses résultats dans les divers pays, dans

la kélotomie, l'ovariotomie, l'hystérectomie, etc. Des succès remarquables sont rapportés à l'appui. C'est l'ouvrage le plus complet sur la chirurgie de l'abdomen dans sa période actuelle.

LARYNGECTOMIE. Cette nouvelle opération, l'extirpation du larynx, ainsi nommée d'après l'étymologie grecque, poursuit ses progrès malgré ses revers. Sur une statistique de 12 cas, commençant à l'initiative hardie de Billroth, le 31 décembre 1873, et finissant au second cas de Bottini, du 29 août 1877, tous sur des hommes, il n'y avait qu'une seule guérison bien établie à cette date : c'est le premier opéré de Bottini, du 6 février 1875, et qui vivait encore trois ans après en parfaite santé. Aucune autre guérison n'était authentique, par l'absence de nouvelles. (*Ann. des malad. de l'oreille et du larynx*, novembre 1879.)

Une autre statistique plus récente du docteur Max Schüller, mais aussi beaucoup moins explicite, élève ce nombre à dix-neuf, dont trois pour sarcome, quinze pour carcinome et un pour périchondrite. Les résultats en sont aussi beaucoup plus encourageants, puisque les trois opérés pour sarcome ont survécu à l'opération, sans récidive. Des quinze autres, cinq sont morts de pneumonie consécutive, deux d'épuisement dans les quinze jours de l'opération et cinq de récidive plus ou moins rapide. Deux opérés, l'un par Wegner en septembre 1877, et l'autre par Billroth en juillet 1878, étaient vivants, mais avec récidive chez ce dernier. Le défaut de nouvelles du quinzième en limite donc le résultat à une seule guérison, car la récidive, en pareil cas, est une sentence de mort, d'après les faits précédents. Ce serait quatre guérisons nouvelles; mais le défaut d'informations précises et la date récente de l'opération ne permettent guère de les admettre comme définitives. (*Deutsch. chir.* de Billroth et Lucke, n° 37, et *Boston med. and surg. journal*, 5 août.)

Devant l'insuccès constant de cette opération contre le carcinome, les chirurgiens allemands conseillent de la rendre plus hâtive pour en augmenter les chances. Et cependant il est démontré que la récidive, quand elle a lieu, ne se manifeste pas ordinairement au siège même de l'opération, mais dans le voisinage des ganglions lymphatiques.

La récidive est en effet la pierre d'achoppement de cette opération, car elle n'a réussi encore que dans les cas où la récidive n'a pas eu lieu.

Un succès très remarquable en a été présenté au Congrès laryngologique de Milan par le docteur Caselli, de Reggio, dont le début sobre et élégant a tout d'abord séduit l'auditoire. Il a soumis à l'examen une jeune paysanne d'une vingtaine d'années, d'aspect robuste, aux joues roses et joufflues, qui avait subi non pas l'extirpation pure et simple du larynx, mais une partie de la base de la langue et de l'hyoïde, le voile du palais avec ses piliers et la luette, les deux amygdales, la paroi postérieure du pharynx, une portion de l'œsophage, le larynx tout entier avec le cricoïde et la glande thyroïde. Cette opération a été faite à la partie antérieure du cou, avec le galvano-cautère, sans hémorrhagie grave. Les amygdales ont été les plus difficiles à enlever. Il y a un an que Giuseppina a été privée de ces organes essentiels, et, depuis onze mois, elle n'a pas cessé de manger, de boire et de parler comme tout le monde, ce qu'elle a renouvelé devant l'auditoire. Elle a mangé un morceau de pain et avalé ensuite un grand verre d'eau, avec une certaine lenteur, mais vidant le verre complètement sans en perdre une goutte.

En enfonçant profondément l'index dans la bouche, on ne rencontre que la colonne vertébrale ; tout le reste est enlevé, sauf une portion de la langue. L'examen au laryngoscope ne laisse apercevoir qu'un grand espace formé par la réunion des loges des organes extirpés. Cette jeune fille respire largement par une canule d'un diamètre considérable, placée à la partie supérieure de la trachée et qui en remplit toute la lumière. Elle est percée d'une fenêtre à sa partie courbe, destinée à laisser passer l'air vers la bouche. Pour manger, cette ouverture est fermée par l'introduction d'une seconde canule dans la première; l'opérée peut ainsi respirer, sans que les aliments ni les boissons tombent dans la trachée. Quand la malade veut parler, elle enlève la seconde canule et introduit à sa place, dans la première et de bas en haut, un appareil musical ayant la forme d'une canule conique ascendante et articulée, qui aboutit dans la bouche, où l'on en voit l'extrémité couchée sur le moignon antérieur de la langue. Une petite lan-

guette forme anche à son extrémité libre, qui est mise en vibration par la colonne d'air expiré. Cet air s'engage dans l'appareil par un orifice pratiqué au niveau de sa jonction avec la canule trachéale. C'est donc le mécanisme d'un harmonica à bouche. Le souffle fait vibrer l'anche et produit le son, et, en disposant les parties de la bouche comme pour parler, cette jeune fille se fait entendre et comprendre très clairement. La note est sans doute monotone, comme l'un de ces instruments rudimentaires qui constituent l'arsenal musical des joujoux d'enfants. Ce n'est pas la voix humaine; mais le son est assez puissant pour être entendu à de grandes distances. En fermant la bouche, la cavité pharyngo-buccale forme résonnateur et joint son timbre humain au son musical. La parole, tout en gardant quelque chose d'étrange, se rapproche ainsi de la voix normale. Le langage sonore s'effectue avec aisance, et l'appareil paraît être facilement supporté. Sa construction est due à un mécanicien-amateur de Reggio.

Tels sont les résultats de cette laryngectomie à échéance d'un an. Les suites n'en peuvent être prévues; mais l'examen microscopique des parties enlevées, ayant révélé un vaste granulome lymphoïde, permet d'espérer une guérison définitive, que l'aspect de l'opérée fait prévoir. (*Congrès laryngol. de Milan*, septembre, *Gaz. hebd.*, n° 38, et *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, septembre.)

LARYNGITE. **Laryngite striduleuse.** *Engorgement des ganglions trachéo-bronchiques.* Ce siège, ou plutôt cette cause anatomique d'une affection que l'on croyait purement nerveuse, comme sa dénomination ancienne d'asthme l'indique, est fixée par le docteur Baréty, de Nice. A défaut de preuves anatomiques, il les trouve dans le lymphatisme des malades et leur auscultation. Les attaques de *faux croup*, c'est-à-dire de toux rauque et de dyspnée la nuit, se rencontrent ordinairement chez des enfants lymphatiques, chétifs, malingres ou mal venants, dartreux ou coquelucheux, dont les indispositions, les maladies peu franches sont toujours suivies de complications, souvent du côté de la poitrine. Si on les ausculte alors, on constate de la submatité présternale, avec tonalité élevée à la percussion et diminution manifeste du murmure respiratoire.

Les creux sus et sous-claviculaires, les fosses sus-épineuses et l'espace inter-scapulaire sont le siège ordinaire de ces manifestations pathologiques, coïncidant avec des sifflements bronchiques, de la toux rauque, aboyante parfois.

Tels sont, d'après les sept observations cliniques rapportées par l'auteur, les signes plus ou moins intenses, variés ou compliqués, de l'engorgement aigu des ganglions trachéo-bronchiques. En amenant une perturbation fonctionnelle des nerfs récurrents, ils produisent ces troubles de la glotte, de la toux et de la voix, qui sont le caractère du faux croup. On les désirerait plus précis sans doute; mais il est difficile de les saisir et les fixer, par la nature même très passagère des accidents qui en sont l'expression, d'autant plus que ceux-ci sont souvent liés à une bronchite ou une coqueluche concomitantes, sinon à du catarrhe ou la présence de mucosités bronchiques.

On comprend que, si une cause aussi physique détermine ces accès de suffocation qui effrayent tant les mères, quand elles sont réveillées soudainement par cette toux rauque et sifflante, il ne suffit pas de traiter l'accès par des calmants. Le vomitif auquel on a recours, le plus souvent, ne suffit même pas toujours. C'est par un traitement général qu'il faut tout d'abord viser l'hyperémie ou la congestion, l'engorgement des ganglions bronchiques et attaquer ensuite le lymphatisme, la scrofule, pour prévenir le retour de ces manifestations morbides. Après avoir calmé l'état aigu par des vomitifs, des sinapismes ou des cataplasmes sinapisés, l'essentiel est de recourir à l'usage de l'iode *intus et extra:* en badigeonnages sur les parties mal résonnantes, et à l'usage interne de 5 à 8 gouttes de teinture d'iode par jour. Tous les petits malades de M. Baréty, soumis à ce traitement, ont été rapidement guéris de leurs accès striduleux. On en prévient le retour par un traitement général avec alternance de l'usage de l'iode à l'intérieur. Cette médication nouvelle est la conséquence même de la nouvelle étiologie. (*Congrès laryng. de Milan*, 3 septembre, et *Ann. des mal. du larynx et de l'oreille*, n° 5.)

Laryngite syphilitique secondaire. Elle se manifeste chez les deux cinquièmes des syphilitiques environ, selon le docteur Gouguenheim, c'est-à-dire beaucoup plus fré-

quemment qu'on ne le croyait avant l'emploi du laryngoscope. Beaucoup de cas latents passaient ainsi inaperçus, il y a vingt ans, et peuvent encore être méconnus si l'on n'y regarde de près.

Elle se révèle le plus souvent par une tuméfaction partielle du larynx, avec ulcérations sous forme d'érosions des parties tuméfiées. Des papules très limitées en sont parfois le siège, en leur donnant une apparence très excavée, due à la saillie des bords. Le bord libre de l'épiglotte en est le siège le plus fréquent, sous forme étendue et irrégulière.

Le diagnostic de ces lésions spécifiques est facilité par la coïncidence presque constante de syphilides muqueuses et cutanées.

Cette tuméfaction se généralise parfois dans la syphilis avancée. C'est la forme la plus grave, car, si le traitement est négligé, les tissus s'indurent et passent à une dégénération définitive.

La durée est proportionnelle à l'étendue et à la profondeur des lésions. Quinze jours à deux mois en sont le terme habituel, quand le traitement topique avec le nitrate d'argent en crayon ou en solution du dixième au trentième est joint à la médication spécifique interne; mais les récidives sont fréquentes et presque inévitables, si l'on cesse celle-ci trop tôt.

Le pronostic est bénin, excepté dans les cas de tuméfaction excessive et généralisée. (*Congrès laryng. de Milan*, septembre.)

LEUCOCYTHÉMIE. *Perte des mouvements amiboïdes des leucocytes.* Comme Neumann l'avait déjà observé en 1878, le docteur John Carafy a constaté que les globules blancs du sang perdent graduellement leurs mouvements actifs avec les progrès de la maladie. C'était chez un homme de vingt-six ans, entré à l'hôpital Saint-Georges le 3 avril, dans le service du docteur Whipham. Très pâle, avec des râles muqueux dans toute la poitrine et un murmure systolique doux à la base du cœur, à son entrée, il présenta ensuite un engorgement des ganglions dans l'aisselle, sur la clavicule droite et dans l'aine du même côté. Le sang contenait un grand excès de globules blancs, six fois plus nombreux que les rouges. Des épistaxis et des hémorrha-

gies de la conjonctive et de la peau permirent ainsi l'examen du sang. La rate et le foie s'hypertrophièrent, à mesure que les ganglions se développaient davantage, coïncidant avec la faiblesse du pouls et l'abaissement de la température. Douze examens microscopiques du sang, exécutés jusqu'à la mort, arrivée le 14 juillet, donnèrent les résultats suivants.

Des trois sortes de globules blancs trouvés dans ce sang : cellules lymphoïdes, leucocytes ordinaires, et une ou deux grosses cellules granuleuses, les mouvements furent manifestes dans chacun, mais avec de simples traces chez la première et la dernière espèce. Lents et peu marqués au début, leurs mouvements étaient stimulés par une température fébrile; un ou deux leucocytes montraient alors des mouvements actifs. La coagulation était beaucoup plus rapide dans les derniers spécimens que dans les premiers. De 24 0/0, qui fut la plus haute proportion des globules mobiles, elle tomba à 4 0/0, en décroissant graduellement avec les progrès de la maladie. La moyenne des six premières observations fut de 12 0/0, tandis que celle des six dernières fut seulement de 6 0/0, alors que les hémorrhagies avaient lieu.

Des observations comparatives faites dans deux cas de chloro-anémie et dans un cas d'anémie avec leucocythose d'un cancer de l'estomac, les mouvements amiboïdes furent au contraire trouvés très actifs à la température ordinaire. D'où la conclusion que les leucocytes sont incapables de développement dans la leucocythémie, et que, par ce défaut de mouvement, leur émigration du sang est impossible, tandis que leur séjour en favorise la coagulation et la thrombose. (*Royal med. and chir. Soc.*, 9 novembre.)

Excision de la rate. La splénotomie ayant réussi dans quelques cas, comme pour montrer que la rate n'est pas indispensable à la vie, les apôtres de la médecine positive ont cru en obtenir le triomphe dans cette opération. Le siège de la leucocythémie a été fixé, comme on sait, dans la rate, par les modernes hématologistes, et dès lors la logique positiviste indiquait de supprimer l'organe, comme le plus sûr moyen de faire cesser la maladie. *Sublata causa*

tollitur effectus. Et les rates ont ainsi été enlevées coup sur coup, et ce moyen s'est montré si radical, que la leucocythémie a disparu du coup..... en emportant les malades.

C'est ce que le professeur Mosler, de Greifswald, montre avec un sérieux tout allemand, d'après un fait personnel. Un malade réclamait la splénotomie comme moyen de guérison; mais, cette opération ayant toujours été fatale par l'hémorrhagie qu'elle entraîne, elle lui fut refusée, bien que ne présentant jusque-là aucun accident hémorrhagique. Plusieurs abcès du périnée s'étant successivement produits, leur ouverture donna lieu à un écoulement sanguin si abondant, qu'il fallut recourir au thermo-cautère, puis à la compression et au perchlorure de fer pour l'arrêter. Et finalement le malade succomba, peu de temps après, d'une hémorrhagie *rétro-péritonéale* spontanée.

Cette fatale tendance des leucocythémiques aux hémorrhagies est donc une contre-indication formelle à l'excision de la rate. Sur 25 observations, des hémorrhagies se sont montrées dans plus de la moitié des cas, dans les diverses formes de la maladie, sans distinction avec l'âge ou le sexe des malades ni la durée de la maladie. L'hémorrhagie se manifeste à la surface ou à l'intérieur des organes, et cette tendance hémophilique rend ainsi, au grand regret des positivistes, la splénotomie injustifiable au début comme à la fin. Cette tendance existe dans l'hypertrophie paludéenne de la rate, quand il y a altération du sang. (*Zeitschrift für klin. med.*, 1879.)

Les indications de la médecine positive et expérimentale sont donc formellement contredites et infirmées par la clinique, dans ce cas particulier. Exemple frappant qu'il faut tout subordonner à celle-ci et de l'insuffisance des méthodes actuelles de précision pour guider et éclairer le traitement rationnel des maladies.

Priapisme. Une érection permanente survint chez un cocher de vingt-huit ans, sans habitudes d'intempérance ni accidents syphilitiques, mais ayant éprouvé plusieurs accès de fièvre avec frisson, œdème des membres et épistaxis. Limitée aux corps caverneux, elle n'empêchait pas la miction. L'urine était albumineuse, et l'on constata une leuco-

cythémie, avec gonflement de la rate, sans aucun symptôme de lésions de la moelle.

Ce fait et d'autres analogues font admettre au docteur Peabody que le priapisme est un accident de la leucocythémie qui peut suivre les rapports sexuels, mais se montre aussi spontanément, en durant de quelques jours jusqu'à deux mois. Le pronostic en est grave, à cause de la cachexie dont il est l'expression et de la difficulté d'y mettre fin. (*New-York med. journ.*, mai.)

LIGATURES. Les *fibres du tendon de baleine* paraissent un sérieux perfectionnement à cet effet (Voy. *année* 1878). On se dispute la priorité de leur découverte et de leur emploi. Le docteur Ischiguro, qui l'employa le premier à l'hôpital d'Osaka, au Japon, en 1877, en ayant envoyé aussitôt en Amérique et en Europe, surtout en Allemagne, pour expérimenter ce nouveau tissu, plusieurs chirurgiens ont pu croire l'avoir employé avant lui. M. Gilman, aux Etats-Unis, en réclame ainsi la priorité. Heureusement, l'inventeur avait eu soin de prendre date authentique de sa découverte par une communication scientifique publiée en octobre 1877, sous le titre de *Ligature d'Ischiguro,* renouvelée par les journaux allemands dès l'année suivante, notamment ceux de Strasbourg, d'après l'expérimentation faite dans cette ville. Le professeur Gross, de Philadelphie, en a également fait l'éloge dans l'*American medical journal,* d'après l'emploi qu'il en avait fait. Ce fil est aujourd'hui d'un usage général dans les hôpitaux militaires du Japon.

Le catgut, que l'on pouvait considérer comme le *nec plus ultra* par sa résorption facile, est donc supplanté par un autre fil, supérieur par sa finesse et sa résistance. On comprend dès lors que les fils métalliques, absolument réfractaires à l'absorption, n'aient plus que des applications très restreintes et spéciales à certaines ligatures temporaires et en masse. Les fils végétaux de lin ou de soie en auront moins encore, si l'on peut trouver dans les fils animaux la même facilité à exercer la striction, et faire le nœud ensuite sur les petits comme sur les gros vaisseaux sans les diviser.

Fils de catgut. L'indécision que des chirurgiens montrent encore sur la supériorité de ces fils pour la ligature des grosses artères et le rejet absolu qu'en font d'autres, avec Billroth, par crainte de l'hémorrhagie consécutive, ont incité le docteur E. Bœckel, de Strasbourg, à élucider ces dissidences. Huit observations de ligatures de grosses artères, dont trois de la fémorale, deux de l'axillaire, deux de l'humérale, une de la carotide externe, sans aucun accident, sont la meilleure réponse quant à la valeur hémostatique de ces fils. Leur mauvaise qualité et leur préparation vicieuse ou leur conservation trop ancienne peuvent seules expliquer les inconvénients et les dangers observés dans certains cas. Les uns supportent des tractions assez fortes, d'autres se rompent à la moindre tension. Il suffit pour cela qu'ils n'aient pas suffisamment macéré dans l'huile phéniquée. Le n° 2 de la fabrique de Schaffouse, qui a servi aux ligatures précédentes, a une résistance très uniforme. Il peut même servir à lier les pédicules ovariques. Le n° 1, plus fin, est très suffisant pour les petites artères, et c'est ainsi que ces deux numéros suffisent à toutes les ligatures avec une complète sécurité.

Huilés, ces fils glissent facilement entre les doigts, et c'est ainsi que, pour les serrer convenablement, on doit toujours appliquer d'abord un nœud de chirurgien, en le maintenant serré pendant quelques secondes avant de passer au second. Il est d'ailleurs préférable d'essuyer les fils avant de s'en servir, pour plus de facilité. C'est à défaut de ces précautions qu'ils glissent au premier pansement. (*Gaz. hebd.*, n°s 9, 10, et *Revue méd. de l'Est*, n°s 7 et 8.)

Une revue très complète du docteur Reuss à ce sujet conclut de même à l'emploi du catgut de bonne qualité, comme suffisant à l'oblitération du vaisseau, quel que soit son volume. C'est le meilleur agent de déligation des gros vaisseaux jusqu'à plus ample information, et il permet la réunion immédiate des plaies et une guérison durable en quelques jours. (*Journ. de thérap.*, n° 14, juillet.)

Etude sur les ligatures élastiques. Thèse inaugurale, par le docteur A. Simon. Paris, 1879. Monographie intéressante sur les principales indications de cette ligature et les procédés à suivre en particulier dans la fistule anale, le phi-

mosis, les tumeurs de la langue, l'ablation de l'utérus inversé, déjà signalés dans ce Dictionnaire.

Ligature de l'artère axillaire. Cette opération, aussi délicate que difficile, ne se pratique que dans des cas exceptionnels. L'artère de ce nom ayant pour limite le bord inférieur de la clavicule, il suffit de la lier sous celle-ci pour qu'elle prenne un autre nom, c'est-à-dire la sous-clavière, généralement choisie pour la ligature de ce vaisseau. C'est ainsi que, sur le cadavre, le procédé consiste à couper les téguments suivant une ligne qui de l'apophyse coracoïde se dirigerait vers la clavicule ; puis, le grand pectoral étant incisé dans toute son épaisseur, l'opérateur reconnaît le bord supérieur du petit pectoral, et c'est ce point de repère qui le guide dans la recherche de l'artère située au-dessus.

Sur le vivant, au contraire, ce procédé présente de grandes difficultés et de grands dangers. On rencontre la veine céphalique, et il est difficile de la suivre jusqu'à son point de jonction avec la veine axillaire, sans léser l'une ou l'autre. On n'arrive d'ailleurs à lier l'axillaire que près de ses collatérales : ce qui rend l'opération moins sûre. Desault et Dupuytren n'ont dû leurs échecs qu'à ces conditions.

C'est pourquoi M. Farabeuf, imitant Marcellin Duval, conseille de faire l'incision un peu plus haut, au ras du bord inférieur de la clavicule. Le grand pectoral n'est divisé que dans son insertion tendineuse, et les vaisseaux musculaires en sont ménagés. Prenant pour guide la paroi antérieure de la gaine du sous-clavier, il met ce muscle à nu et divise les trousseaux fibreux qui brident l'angle externe de l'incision. Le doigt et la sonde cannelée suffisent alors à découvrir l'artère. En reconnaissant du doigt les nerfs du plexus en haut et en dehors, vers l'angle externe de l'incision, le chirurgien n'a qu'à le ramener à leur suite, vers le milieu de la plaie, pour sentir battre l'artère, ou tout au moins la reconnaître par le palper, à sa forme et à sa consistance. La veine est plus en dedans et plus bas ; la section de l'aponévrose permettra son abaissement facile, et l'opération pourra être facilement terminée avec toute la sécurité désirable.

Les classiques objectent, il est vrai, que ce n'est pas là la

ligature de l'axillaire et c'est ainsi que les élèves ont été repris à leur examen. Mais la sécurité étant la chose principale, sur le vivant, il est préférable de l'exécuter ainsi, même sous la clavicule, que de la pratiquer au-dessous, au préjudice du malade et souvent du chirurgien. (*Soc. de chir.*, octobre).

LITHOTRITIE. La nouvelle lithotritie américaine, ou *litholapaxy*, en une seule séance, continue ses succès... à l'étranger. Pour être encore *sub judice*, les résultats en sont jusqu'ici des plus satisfaisants. Ils accusent de plus en plus la tolérance de la vessie à une instrumentation beaucoup plus prolongée qu'on ne la croyait possible autrefois. Tous les spécialistes anglais l'ont expérimentée, et malgré leur prévention contre l'aspiration mécanique des fragments après le broiement, selon la méthode du professeur Bigelow, leur illustre *cousin*, comme ils le confessent tous avec sincérité, ils s'en déclarent hautement très satisfaits. Cette opération est en si grand honneur parmi eux qu'ils se montrent jaloux d'en avoir eu l'idée les premiers. M. Smith la cherche ou plutôt l'exhume des œuvres de W. Fergusson, son maître, pour mieux l'accréditer.

C'est une méthode entièrement nouvelle, dit la *Lancet* du 7 février. Elle peut sembler une simple modification de la lithotritie à un observateur superficiel. Philosophiquement, on ne peut manquer d'y découvrir une différence essentielle et fondamentale. Outre les deux modes opposés et irréconciliables de broiement, elle n'a aucune analogie réelle avec l'extraction immédiate des fragments. Selon la méthode ordinaire, la lithotritie est aussi simple et bénigne que l'autre est radicale. Le calcul est broyé en une ou plusieurs séances en fragments assez petits pour être expulsés spontanément par les voies naturelles, par des efforts expulsifs de la vessie et des muscles. La litholapaxy, au contraire, réduit, brise le calcul en masse et en expulse les débris immédiatement par aspiration. La première ne consiste que dans le broiement du calcul et laisse à la nature le soin d'en expulser les fragments irritants comme elle pourra; le broiement et l'expulsion sont accomplis simultanément par des moyens mécaniques dans la seconde. C'est donc en vain que l'on s'efforce d'établir l'identité entre l'aspirateur

et l'action faible et inefficace du ballon pour aspirer les plus fins débris ou la poussière du calcul. L'un libère la vessie de tous les corps étrangers, l'autre ne la débarrasse que d'innocentes particules pulvérulentes, en laissant les plus gros, les plus durs et irritants fragments en contact avec la membrane muqueuse. Il serait beaucoup plus logique et préférable de ne pas recourir au ballon pour aspirer la matière pulvérulente de la vessie, afin qu'elle en protège les parois, comme un sédiment pultacé, contre l'action irritante, piquante des plus gros fragments qui ne peuvent traverser les tubes étroits du ballon de Clover ou de Crampton.

Pourquoi n'entend-on pas parler de cette innovation, ce perfectionnement en France? Est-ce par dédain des excentricités chirurgicales américaines, parce qu'elle est trop radicale ou par chauvinisme? Au contraire, les chirurgiens et surtout les spécialistes français auraient dû être les premiers à accueillir et à s'emparer de ce perfectionnement mécanique. Un inventeur gagne toujours par les modifications apportées à sa découverte. Le progrès est continu; sa condition même est de ne pas s'arrêter. Dieu ne fit pas son œuvre en un jour. L'évacuation des calculs en une seule séance ne peut donc en rien ternir la gloire de ceux de nos compatriotes qui ont ouvert la première voie à cette opération non sanglante. Ce serait la consolider au contraire que d'en montrer les avantages ou les inconvénients.

Quarante-six cas de lithotritie en une seule séance en ont été relatés par M. H. Thompson à la dernière réunion de l'Association médicale britannique, et l'on pourrait en citer un bien plus grand nombre des autres spécialistes anglais et américains publiés dans les journaux.

Dans une lithotritie pratiquée le 11 novembre par M. Coulson, sur un homme de 68 ans dont les premiers accidents de la pierre remontaient à sept ans, le lithotriteur de Bigelow, introduit après l'incision du méat, rencontra un calcul énorme de deux pouces de diamètre. Il offrit une grande résistance à l'instrument et ne se divisa que par un bruyant craquement. Trois ou quatre fragments avaient été successivement broyés, quand la vis et les deux épingles qui fixent le perforateur à l'instrument se brisèrent. Les deux

parties étant ainsi séparées, aucun moyen extemporané ne pouvait les réunir. En percutant sur la poignée, les branches se séparèrent autant que possible des débris et l'instrument put être retiré, en blessant légèrement le col de la vessie et l'urèthre.

L'opération fut alors reprise avec le lithotriteur fenêtré, et 500 grains, soit 32 grammes et demi de fragments d'acide urique, furent extraits avec le tube et l'aspirateur. L'opération dura deux heures dix minutes, l'accident ayant causé un intermède de vingt minutes. Néanmoins aucune complication grave ne s'ensuivit, grâce à l'évacuation complète des fragments de la pierre. (*Soc. méd. de Londres*, 22 novembre.)

Par cette démonstration du point faible de l'instrument, on est prévenu de ne l'employer qu'avec précaution contre les calculs volumineux et durs, car il pourrait s'ensuivre de redoutables complications en pareille occurrence.

Le docteur Uthoff l'a pratiquée à l'hôpital de Sussex, sur un homme de soixante-deux ans, dont les premiers symptômes de la pierre remontaient à deux ans. Composé entièrement d'acide urique, le calcul mesurait 6 centimètres dans son plus grand diamètre et 4 dans le plus petit. Le lithotriteur fut introduit sept fois avec aspiration dans l'intervalle. Une heure et demie fut nécessaire à cet effet, et les débris pesaient 30 grammes. Il n'y eut à la suite qu'un peu de sensibilité de la région hypogastrique à la pression, pendant un à deux jours, avec douleurs en urinant, sans fièvre. L'opéré se levait le neuvième jour et quittait l'hôpital le douzième, complètement débarrassé de sa pierre. (*Lancet.*)

Ces brillants succès ont naturalisé cette opération jusque dans l'Inde. Elle y est même d'un grand avantage, suivant M. Blanc, professeur de clinique chirurgicale au Collège de Bombay, car les calculs rencontrés chez les indigènes sont si volumineux que, ne pouvant être extraits en une seule séance, les malades ne se représentaient plus pour une seconde. La lithotritie ordinaire n'avait que peu de crédit dans le pays. Six cas opérés par la nouvelle méthode ont donné six succès avec des séances de vingt-huit à quatre-vingt-quinze minutes de durée. Le poids des fragments du plus gros calcul s'élevait à 726 grains. L'incision du méat a

facilité l'introduction de l'évacuateur dans trois cas. (*Idem*, 10 juillet.)

Sur plus de trente cas opérés par le professeur Van Buren, il y a eu un seul décès. Les trois derniers concernaient des hommes de soixante-trois, soixante-cinq et soixante-sept ans, qui furent opérés la même semaine, au milieu de l'été dernier. L'opération dura vingt, quarante et soixante-cinq minutes, avec expulsion de 90 grains de fragments chez le premier, de 130 chez le second, et de 225 chez le troisième. Chez tous, la prostate était très hypertrophiée, et il a constaté que, sous l'influence de l'éthérisation, la pénétration des instruments était beaucoup plus facile.

Il ne s'agit donc plus, dit-il, de mettre en parallèle les résultats obtenus par sir H. Thompson avec l'ancienne méthode, pour y préférer la taille, comme l'a fait sir J. Paget, en prétendant qu'aucun autre lithotriteur n'en pourrait obtenir de meilleurs. (Voy. *année* 1878.) Avec la nouvelle méthode de Bigelow en une seule séance, cette opération n'a plus rien de redoutable. Elle peut même être pratiquée sans anesthésie, car la vessie se montre si tolérable à cette action prolongée des instruments que les opérés n'en accusent aucune souffrance. Le danger n'est plus dans le broiement, mais dans le séjour des fragments calculeux qui peuvent rester dans la vessie. Le principal est donc de les expulser en entier. (*Boston med. and. surg. journ.*, n° 13.)

Sur la lithotritie, avec cas démontrant l'importance du diagnostic précoce de la pierre, et la statistique des opérations pour calculs vésicaux pratiqués dans les hôpitaux de Glascow, de 1795 à 1880, par Buchanan. (*Lancet*, 10 avril.)

LYMPHADÉNIE. *Mycos fongueux cutané.* Un cas en a été soumis par M. Hillairet, chez un homme de quarante-trois ans, peintre décorateur, qui, jusque dans ces dernières années, habitait, à Anvers, l'un des quartiers les plus salubres. Ses antécédents sont bons, sauf deux attaques de rhumatisme articulaire aigu dans sa jeunesse ; pas de traces de syphilis, ni antécédents héréditaires. Il y a cinq ans, des démangeaisons survinrent à la peau, avec des poussées d'urticaire. Des plaques eczémateuses ont paru dans ces dernières semaines. Enfin, après que l'épaississe-

ment du derme s'est établi en divers points, on a vu surgir des tumeurs sur les bras, les épaules, le cou, la poitrine; aujourd'hui, elles ont envahi toute la surface de la peau. Leur volume varie depuis celui d'une aveline jusqu'à celui d'une châtaigne coupée en deux. Les tumeurs évoluent, se développent, diminuent, disparaissent pour faire place à d'autres. On s'assure par la pression que les unes sont anesthésiques, les autres hyperesthésiques. L'examen du sang pris dans les intervalles des tumeurs n'a révélé rien d'anormal; mais, quand il est pris sur les tumeurs, on y constate une notable augmentation des globules blancs. Toutefois, à mesure que la maladie progresse, la proportion des globules rouges diminue; leur nombre dans une goutte est tombé de 4 millions à 3 millions; la fonction oxygénante des globules paraît d'ailleurs se ralentir.

L'affection cutanée est dans un rapport évident avec l'état du liquide nourricier. L'examen histologique des tumeurs a prouvé qu'elles sont constituées par un tissu lymphadénique, analogue à celui des ganglions lymphatiques. Rien d'appréciable au foie ni à la rate. (*Acad. de méd.*, 8 décembre.)

On peut, dit le docteur Fabre, après l'observation d'un seul fait de ce genre, car ils sont rares, reconnaître quatre périodes, quelquefois bien distinctes, mais le plus souvent empiétant l'une sur l'autre, dans la succession des symptômes de cette singulière maladie:

La période initiale, caractérisée par l'apparition sur la peau, en poussées successives, de taches congestives, simulant l'urticaire ou l'érythème papuleux, ou encore de l'eczéma au début de l'éruption;

Une période lichénoïde, présentant des papules persistantes, à démangeaisons très vives accompagnées d'insomnie;

Une autre de transition, où l'éruption de lichen coïncide avec la présence de plaques indurées d'un rouge brun, puis l'apparition des premières tumeurs néoplasiques et parfois avec l'engorgement des ganglions lymphatiques.

La dernière est celle de la cachexie; alors les tumeurs mycosiques se multiplient, s'ulcèrent à la surface, se mettent à suinter; quelques-unes s'affaissent, disparaissent même, mais il s'en produit de nouvelles. Une diarrhée colliquative,

une anémie globulaire de plus en plus marquée, quelquefois de la leucocythémie, un affaiblissement progressif, souvent de la fièvre, tels sont les symptômes précurseurs les plus habituels de la mort qui vient terminer la scène. (*Idem*, novembre 1879.)

M

MALADIES. Sous ce titre générique, les affections virulentes et parasitaires ont seules occupé spécialement l'attention. Elles comprennent, il est vrai, la plupart de celles qui sont contagieuses et épidémiques, c'est-à-dire la plus grande partie de la pathologie, et ce sont en particulier les plus redoutables pour les peuples et les individus, et dont les causes sont les plus obscures. Si l'on parvenait à reproduire expérimentalement toutes ces maladies par l'inoculation du microbe parasitaire qui les produit, comme M. Pasteur le fait pour le charbon et le choléra des poules, et comme on peut le faire pour la gale et d'autres maladies parasitaires de la peau ou des muqueuses, tout le secret et le mystère qui enveloppent leur mode de production et de propagation s'évanouiraient aussitôt. L'essentialité des virus et tous les contages se réduiraient aussitôt à un microbe quelconque, dont il suffirait de se prémunir pour éviter la contagion si redoutable de la variole, de la syphilis et de la rage. Les épidémies de choléra, de peste, de fièvre jaune et de typhus se réduiraient à un phylloxera plus ou moins destructible.

De là les efforts, les recherches et les expériences de toutes sortes faites ici et là pour constater l'existence de cet agent microscopique, cause de toutes nos maladies. Le microscope, les réactifs, l'inoculation, la culture, sont tentés tour à tour pour en déceler la présence. La blennorrhagie, les fièvres, la diphthérite, la lèpre et la tuberculose ont été, cette année, l'objet des principales explorations. Les contagionnistes de la lèpre en ont trouvé le microbe bactéridien, et Klebs a pu cultiver celui de la tuberculose en dehors de l'organisme, suivant la méthode de Pasteur. Mais il faut reconnaître que toutes ces constatations étant faites

sur des animaux inférieurs, comme les lapins ou les cobayes, les résultats n'en sont guère applicables à l'homme. Tout au plus ces animaux peuvent-ils servir de réactifs pour la rage et la morve que l'on a réussi à inoculer au lapin, comme ils servent de témoins pour le charbon.

En présence des difficultés, de l'impossibilité même à détruire de simples parasites végétaux, comme le phylloxera, le doriphora et tant d'autres, serait-on beaucoup plus avancé en démontrant que toutes les fièvres éruptives, intermittentes, typhoïdes, puerpérales, sont produites par un microbe du sang ou des autres humeurs de l'organisme? La difficulté à détruire l'organisme ferment qui provoque la décomposition ammoniacale des urines justifie bien ce doute. Mais la question n'est pas là pour les positivistes modernes. L'essentiel est de trouver la cause réelle, tangible des maladies contagieuses et virulentes, afin de ne plus avoir à attribuer les épidémies ni les autres grands fléaux de l'humanité à la colère du bon Dieu. Tant que l'on n'aura pu voir ce *quid divinum* au foyer du microscope et l'exhiber sur la pointe d'une lancette, cette objection toute superstitieuse et catholique pourra toujours être faite aux recherches scientifiques.

Un grand progrès semble en voie de se réaliser à cet égard. C'est la prophylaxie de ces maladies parasitaires et virulentes, contagieuses et infectieuses, par l'inoculation préventive du virus ou du microbe atténué, affaibli, diminué, qui les produit. On se mettrait ainsi à l'abri des plus redoutables fléaux, comme on le fait depuis Jenner contre la variole par la vaccine. Les résultats obtenus cette année sur les animaux contre le charbon et le choléra des poules, de même que contre la clavelée des moutons, sont de grandes promesses pour l'avenir. Ce ne sont encore que des espérances sans doute; mais, si elles se réalisent, 1880 sera une date mémorable pour l'art de guérir. (Voy. CHARBON, CHOLÉRA DES POULES, VACCINE.)

Maladies des voies digestives, par F. Damaschino, médecin de l'hôpital Laennec. Un gros volume in-8° de 930 pages. Librairie *Germer Baillière*.

Dire que ce sont les leçons professées à la Faculté de médecine de Paris en 1874 suffit à caractériser ce livre,

tout élémentaire et spécialement destiné aux étudiants. Il serait superflu d'ajouter qu'il est parfaitement au courant de la science ; le choix de l'agrégé par la Faculté en répond. Mais ce qu'il est permis de louer sans réserve, c'est l'ordre simple et direct suivi dans la division, en allant de la bouche à l'estomac et de celui-ci à l'anus ; une diction claire et concise dans l'exposition, appuyée sur les noms, les faits ou les chiffres propres à lui donner l'autorité nécessaire. Sans érudition superflue ni détails encombrants, il grave dans l'esprit l'autorité principale à invoquer en faveur de tel symptôme, telle cause, tel traitement ou tout autre détail de la maladie dont il traite. C'est une excellente méthode d'enseignement pour que l'esprit ait toujours des points de repère sûrs et positifs à son secours.

MÉDECINE LÉGALE. Le docteur Pénard, de Versailles, avec l'autorité d'une longue expérience et une carrière honorable dans l'exercice de la médecine légale, jette un coup d'œil rétrospectif sur les modifications qui se sont opérées dans le rôle du médecin expert, en matière criminelle, durant les trente à quarante dernières années. Avant cette époque, dit-il, on ne lui demandait qu'à compter et décrire les blessures ou à reconstituer telle ou telle scène de violence ou de meurtre. Plus d'un malheureux aliéné expia sans nul doute sur l'échafaud le tort d'être malade. Jobard, Vergé, Jeanson étaient des maniaques, des exaltés ou des mélancoliques, auxquels l'intervention médicale obtiendrait facilement aujourd'hui des circonstances atténuantes ou une cellule à Charenton.

Cette intervention est devenue si fréquente et si efficace qu'elle se produit avec une intensité inquiétante pour la répression, cependant nécessaire, des crimes et des délits. Encore un peu, elle aura énervé la loi en rendant la sanction difficile ou douteuse. Tout criminel réclame l'examen médical, allègue son irresponsabilité et l'exploite avec plus ou moins d'énergie. Il y a trop de fous et pas assez de criminels. Le juge même est enclin à chercher dans les renseignements médicaux une commode sérénité pour les scrupules de sa conscience.

Ce rôle est excessif ; il déplace hommes et choses, et le médecin ne doit pas l'accepter. Son devoir n'est pas de

mesurer la responsabilité de l'accusé ; il ne peut le faire qu'en s'inquiétant de l'éducation, des idées, des passions du sujet soumis à son examen. C'est dès lors une véritable enquête qui l'oblige à chercher des témoins et à usurper le rôle de juge, d'avocat et de juré. Au lieu d'une consultation grave, scientifiquement déduite, qu'on attend de lui, il rend des arrêts, prononce des plaidoyers, pèse les mobiles, sonde les cœurs, protège les bons et punit les méchants. C'est une providence.

Le rôle de médecin légiste, au contraire, est de résoudre simplement une question de pathologie. Il doit toujours se replacer devant ce point d'interrogation : Y a-t-il ici une lésion appréciable et qui fait de cet homme un malade? Telle est la limite de son domaine et sa tâche. C'est au malade, en effet, que le médecin se doit tout entier et qu'il doit protéger par tous les moyens en son pouvoir. Il y a sans doute les influences des maladies passées ou présentes : les traces sur le cerveau de la fièvre typhoïde, l'alcoolisme surtout. Il doit noter ces circonstances, sans en faire des arguments pour détruire la responsabilité. La lésion doit être son unique point de repère. Sans lésion, point de malade. Il doit alors conclure à la réalité du discernement. La société en péril attend de nous ce service suprême. Dans la pratique de l'expertise, notre premier objectif doit être la vérité ; la commisération ne doit naître qu'après une investigation sereine et dégagée de tout sentiment sympathique. (*Acad. de méd.*, 2 novembre.)

Nouveau signe de strangulation. Ce sont des ecchymoses intra-vasculaires de la carotide à l'endroit où a porté l'effort. Deux expertises médico-légales récentes les ont offertes au docteur Friedberg à un degré très marqué. Une fois même, elles existaient sans aucune trace apparente à la peau du cou. Les tentatives de strangulation sur l'homme vivant furent affirmées, et les aveux de l'accusé confirmèrent cette prévision.

C'est un signe d'autant plus important qu'il démontre la strangulation pendant la vie. Il faut que la carotide soit assez pressée et tiraillée pour que les vasa-vasorum rompus laissent échapper le sang entre les tuniques artérielles. Ces ecchymoses sont en général très petites, variant de une

à trois, sous la membrane interne, à la partie antérieure du vaisseau et surtout aux bifurcations. Elles ne peuvent ainsi se rencontrer quand la strangulation ne porte pas sur les carotides, tandis qu'un choc ou une violence sur ce vaisseau peut les déterminer. Telles sont les distinctions à faire. (*Virchow archiv.*)

Simulation de viol. Une enfant de huit ans fut admise dans le service du professeur A. Fournier, comme ayant été victime d'un attentat criminel de la part d'un homme âgé et riche qui, malgré ses dénégations formelles, avait été écroué à Mazas. L'examen montra en effet une vulvite excessivement intense avec gonflement et points érosifs. Néanmoins, l'état s'améliora très rapidement, et l'on découvrit alors que la membrane hymen était intacte.

Frappé de ce fait autant que de l'extrême intensité des lésions tout à fait anormales pour la cause supposée et de leur rapide amélioration inusitée, M. Fournier conçut des doutes. Il avait été frappé aussi de la manière uniforme dont l'enfant racontait son histoire, comme si elle l'eût apprise par cœur. Ayant gagné sa confiance, il lui fit avouer confidentiellement qu'elle n'avait pas été touchée par un monsieur, mais que sa mère lui avait frotté les parties avec une brosse à cirage, en lui défendant de n'en rien dire sous peine de subir la même douleur. L'affaire n'eut ainsi aucune suite pour personne.

En l'absence de signes spéciaux entre une inflammation vulvaire résultant d'un attentat criminel et celle qui est déterminée par une violence artificielle, ce fait, corroboré par d'autres analogues, est d'un utile enseignement pour le médecin, souvent appelé à jouer un grand rôle dans ces sortes d'affaires. Dans l'impossibilité d'établir un diagnostic différentiel sur des bases solides, il doit avoir pour règle, lorsqu'il est sollicité de certifier un attentat, de n'y obtempérer en pratique que sur l'invitation d'une autorité compétente, ayant devoir et mission de le requérir, en ne spécifiant rigoureusement alors que les lésions observées, sans en affirmer l'étiologie, pour cause d'impuissance de l'art à différencier d'une façon absolue, catégorique, ces sortes de lésions.

Son rôle ensuite, quand il est mis sur la voie de ces

simulations criminelles, dans l'exercice même de sa profession, c'est non pas de révéler le secret de ces machinations odieuses dont la vengeance ou l'intérêt sont souvent les mobiles. C'est le chantage au viol quand il n'est pas le fait de la perversité malfaisante de certains enfants dont le vice devance les années. « J'ai vu de tels cas plus de trente fois dans ma vie, dit A. Cooper, et je puis vous assurer que nombre de gens ont été pendus par suite d'une pareille erreur. » Ce secret professionnel, il ne doit pas le révéler. Ce qu'il est dans l'obligation morale de faire, vis-à-vis de la société et de lui-même, c'est de décharger l'innocent de l'accusation formidable qui pèse indûment sur lui. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Phlyctène gazeuse comme signe de mort. Une grande valeur a été attribuée à ce signe depuis les travaux de Duncan et de Christison à ce sujet. Approchez la flamme d'une bougie au contact de la peau de l'avant-bras d'un cadavre, par exemple, et, en quelques secondes, l'épiderme se soulève brusquement en ampoule, éclate, se ride et s'affaisse, sans qu'il s'échappe une seule goutte de liquide. La surface de la phlyctène est sèche, rugueuse et sans la moindre rougeur autour. C'est là le signe de la mort. Il est extrêmement simple et commode, puisqu'il suffit d'une demi-minute au médecin appelé à constater un décès. Il est vrai que, sur certains cadavres infiltrés, la phlyctène explosible ne se produit pas toujours aussi facilement, comme Leuret et Champouillon l'ont démontré. D'autre part, la brûlure chez des sujets profondément débilités par une cachexie sèche peut ne pas produire ses effets différentiels, caractérisés par une phlyctène séreuse entourée d'une aréole rouge.

Le docteur Clément, de Lyon, dans l'intention de vérifier la valeur de ce signe sur un membre retranché du corps, a montré que l'anesthésie suffisait pour produire la phlyctène explosible sans la moindre rougeur autour. La flamme de la bougie, le fer rouge, successivement appliqués en divers points du membre, avant sa désarticulation, ont donné des phlyctènes absolument semblables à celles obtenues sur le cadavre.

D'où les conclusions suivantes :

1° La phlyctène gazeuse, se produisant chez des sujets en

anesthésie, peut probablement s'obtenir sur un vivant, s'il est dans des conditions analogues, comme l'état de mort apparente; en conséquence, elle ne saurait être considérée comme un signe de la mort.

2° Dans les mêmes conditions, les brûlures peuvent ne pas s'entourer d'aréole inflammatoire. L'absence d'aréole et de phlyctène liquide n'est donc pas un signe absolu que la brûlure a eu lieu après la mort. (*Lyon médical.*)

Lésions agoniques ou *post mortem*. Au point de vue médico-légal surtout, il est indispensable de distinguer les lésions produites par la mort de celles qui ont pu la déterminer. En voici deux exemples.

Deux invaginations intestinales ont été constatées par le docteur Folet à l'autopsie juridique d'un ouvrier de vingt-cinq ans, mort subitement des suites d'une blessure du crâne. Elles étaient récentes et *sans adhérences*. C'est en effet là leur caractère distinctif avec les invaginations ayant pu causer la mort. Elles présentent toujours des adhérences. Une invagination semblable, rencontrée à l'autopsie d'un enfant mort d'empoisonnement par l'arsenic, a pu ainsi embarrasser le médecin légiste sur la cause de la mort. (*Soc. méd. du Nord*, 9 avril.)

La digestion partielle du poumon, résultant de l'introduction de matières alimentaires dans la trachée pendant l'agonie, s'est ainsi présentée à l'autopsie d'un enfant de treize mois, mort d'un choléra infantile. Le professeur Parrot rencontra des taches noirâtres des poumons, avec une odeur aigrelette. Des contractions de l'estomac, se manifestant souvent pendant l'agonie, suffisent à déterminer ce phénomène. Les matières contenues dans l'estomac ne pouvant être expulsées complètement par la faiblesse du moribond, elles pénètrent dans la trachée par les efforts de la respiration. Une petite quantité de ces sucs acides suffit à produire des désordres parfois considérables, par la digestion plus ou moins complète de parties entières des poumons. L'odeur aigrelette en est la caractéristique. Ces lésions sont l'effet de la mort, au lieu d'en être la cause. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, avril.) Voy. Absorption, Cadavres.

MENSTRUATION. Cette fonction physiologique, dans

ses rapports avec l'ovulation que l'on croyait parfaitement établie, est en voie de subir une révision expérimentale, par suite des nouvelles opérations radicales qui se pratiquent maintenant si communément : l'ovariotomie et l'hystérectomie. En mutilant la femme dans ses attributs sexuels, distincts et essentiels, elle devait perdre aussi la fonction mensuelle, regardée jusqu'ici comme étant sous leur dépendance exclusive. C'est en effet la règle : les femmes et les filles ayant subi l'excision des deux ovaires cessent d'être réglées et fécondes. Cette opération entraîne fatalement la stérilité de la femme, comme chez toutes les femelles des mammifères. Et il n'en saurait être autrement, puisque les ovaires sont le siège même des ovules ou vésicules de Graaf, qui, en s'en détachant périodiquement, déterminent la menstruation.

Il y a cependant des exceptions. Storer, ovariotomiste américain, signala le premier le retour des règles chez une femme à qui il avait enlevé, dix-huit jours auparavant, la matrice et les deux ovaires. Le lambeau ou moignon du col utérin, qui avait été conservé, était le siège de cet écoulement. Mais ce fut comme un suprême effort de la nature, semblable à la dernière oscillation du pendule quand la force impulsive qui le mettait en mouvement a cessé; elles ne reparurent plus. Dans un autre exemple, au contraire, elles persistèrent avec régularité, sans modification de la quantité ni de la qualité du sang. Goodell a observé des faits semblables. Sur 135 ovariotomies doubles, faites pendant la vie menstruelle, les règles ont persisté régulièrement chez quinze femmes et irrégulièrement chez neuf autres, comme nous l'avons déjà indiqué.

On a fait grand bruit récemment de deux faits semblables, observés à Paris par M. Tillaux. La femme, dont il avait amputé tout le corps de l'utérus avec les deux trompes adjacentes, il y a un an (Voy. Hystérectomie, 1879), a vu ses règles revenir régulièrement depuis, tous les mois, pendant trois à quatre jours, et toujours en avance, avec un peu moins d'abondance qu'autrefois. Il s'est assuré au spéculum que le sang provenait bien du tronçon d'utérus restant, et non du vagin. Une fille de vingt-deux ans à qui il avait enlevé les deux ovaires malades, dix mois auparavant, a eu également ses règles chaque mois depuis. D'où cette con-

clusion que la physiologie de la menstruation dans ses rapports avec l'ovulation, que l'on croyait définitivement résolue, exigeait des recherches pour expliquer ces faits contradictoires. (*Acad. de méd.*, 31 août.)

Les gynécologistes américains ne s'étaient pas tant étonnés de ces exceptions, en tenant compte des autres exceptions pouvant les expliquer parfaitement. La présence anormale d'un seul ovaire comme d'un seul testicule, constatée chez quelques individus dans l'espèce humaine ainsi que chez les poissons osseux et la plupart des oiseaux, peut bien faire admettre l'existence d'un ovaire supplémentaire dans ces cas exceptionnels, comme on constate parfois un troisième testicule rudimentaire chez l'homme. Kocks a trouvé un troisième ovaire adhérent à la matrice d'une femme morte d'un cancer. Le docteur Puech, de Nîmes, a collecté plusieurs cas semblables. Et ce fait est si peu rare que, sur 350 autopsies, Beigel a rencontré huit fois un ovaire supplémentaire. Dans une ovariotomie récente, le chirurgien rencontra trois ovaires et les extirpa, dit la *Gazette hebdom.*, 3 décembre, et l'opérée guérit.

D'ailleurs, n'est-il pas logique d'admettre également que, dans plusieurs de ces cas, une portion quelconque du stroma de l'ovaire ait échappé au couteau du chirurgien dans le pédicule ou autrement, lors de ces ovariotomies pratiquées pour des dégénérescences de cet organe? Cette supposition est surtout probable dans ces ovariotomies doubles qui se pratiquent au simple toucher par le vagin, c'est-à-dire à l'aveuglette, comme chez les animaux. Le docteur Kœberlé, de Strasbourg, a le premier suggéré cette idée de la persistance d'un débris de l'ovaire pour expliquer une exhalation sanguine consécutive, car, si la conservation du moindre tronçon d'utérus suffit pour qu'elle s'y manifeste, le moindre débris d'ovaire peut bien suffire également pour la provoquer.

Devant l'explication toute simple et naturelle de ces exceptions, est-il nécessaire d'en faire des contradictions à la règle physiologique? Si la résection des trompes, dans le cas de M. Tillaux, n'a pas empêché aux ovaires de provoquer le molimen hémorrhagique mensuel, c'est que l'influence sympathique de la maturité de l'ovule suffit seule à cet effet. La trompe n'est indispensable que pour

la conduire dans l'utérus après sa fécondation. Des femmes stériles par oblitération ou imperméabilité des trompes n'en sont ainsi pas moins réglées régulièrement. C'est pour ne pas avoir tenu compte de ces faits que des discoureurs, plus amoureux de la nouveauté que de la tradition, ont vu là une négation absolue de la loi physiologique, confirmée par des recherches et des études séculaires, et ont tenté de la renverser par des suppositions plus ou moins bizarres.

Mécanisme. La découverte de cellules à cils vibratiles, disposées par bandes dans le péritoine de la grenouille à certaines périodes, par MM. Math. Duval et Viette, leur en a fait faire une application à la femme. On sait que le passage de l'ovule, de l'ovaire dans la trompe, est expliqué aujourd'hui par l'*adaptation tubaire;* mais, chez nombre d'animaux et entre autres chez la grenouille, le pavillon de la trompe est fixe, rattaché par des ligaments tout en haut, au niveau du péricarde. Ici, par suite, il ne peut être question d'adaptation du pavillon venant coiffer l'ovaire. Or, en examinant des grenouilles femelles à l'époque du rut, on constate que le péritoine de la paroi abdominale antérieure présente des traînées de cellules à cils vibratiles, et, en déposant de la poudre de charbon sur cette surface, on voit que cette poudre est entraînée dans la région des orifices tubaires. Rien de semblable ne s'observe chez le mâle, tandis que ces cils vibratiles existent seulement chez la femelle, à l'époque du rut.

Il est donc bien évident que ces cils doivent servir au transport des ovules détachés de l'ovaire, et si l'on éprouvait quelque doute à ce sujet, en raison du volume de ces corps, il serait facile, en déposant des ovules sur la muqueuse pharyngienne, de se convaincre que des cils vibratiles quelconques effectuent très facilement leur transport.

On peut se demander si, chez les mammifères, il n'y aurait pas quelque chose de semblable, et si l'ovule, sorti en bavant de la vésicule de Graaf, ne serait pas recueilli par des cils vibratiles tapissant l'ovaire et dirigé ainsi jusque dans le pavillon, d'autant que Valdeyer a signalé l'existence de cils vibratiles sur le ligateur tubo-ovarique. On sait que la menstruation est accompagnée d'une série de phénomènes, de mues épithéliales, notamment dans l'utérus.

M. de Sinéty a aussi constaté la présence d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, sur des tumeurs des ligaments larges et des kystes de l'ovaire qu'il a opérés. C'est donc en sacrifiant des femelles de mammifères, au moment du rut, que cette découverte pourra prendre quelque consistance. (*Soc. de biol.*)

Influence sur les troubles visuels (VOY. OPHTHALMOLOGIE).

Effets de la folie. Sur 200 aliénées de dix-sept à quarante-six ans, observées durant six mois consécutifs par le professeur Skene, 8 étant mortes, il n'y en eut que 27 sur les 192 autres qui étaient réglées régulièrement et normalement. Au contraire, 30 n'étaient pas menstruées du tout, et toutes les autres le furent très irrégulièrement, le plus souvent en moins et le plus rarement en plus. 37 seulement le furent sept à huit fois durant ces six mois d'observation.

La nutrition imparfaite des malades rendait compte de l'aménorrhée dans la plupart des cas. Elle est ainsi plutôt conservatrice que morbide. Les troubles de l'innervation, l'anxiété sont aussi des causes de cette suspension. Les femmes menstruées régulièrement n'avaient qu'une folie douce, et la menstruation était atteinte proportionnellement au degré d'aliénation. La menstruation excessive est ordinairement due à des affections utérines et peut en être considérée comme un signe; mais ces maladies sont rares et disparaissent souvent spontanément chez les aliénées. De là le peu d'attention à y donner dans les asiles. Elles exercent le plus souvent une influence salutaire sur l'aliénation, à moins que celle-ci n'en soit directement le résultat. L'exploration physique des aliénées ne peut d'ailleurs être faite qu'avec difficulté, à moins de recourir à l'éthérisation, ce qui entraîne des accidents nullement justifiés par les résultats obtenus. L'inhalation du protoxyde d'azote, plus agréable, a parfois, au contraire, d'heureux effets. (*Arch. de méd.*, février, et *Boston med. and surg. journal*, novembre.)

MÉTALLOTHÉRAPIE INTERNE. *Action de contact.* Tant que l'application des métaux ou des aimants n'a été faite qu'à l'extérieur, sur la surface cutanée, on n'était fondé

à ne voir dans ses effets qu'une action topique, locale sur le système nerveux ; mais quand on l'a employé à l'intérieur, suivant la seconde proposition du docteur Burq : « *L'aptitude métallique étant connue, le même métal, administré à l'intérieur, doit déterminer les mêmes résultats que son application externe,* » les mêmes effets en résultant, on n'osa plus les expliquer de même. (Voy. *année* 1877.) Aussi les commissions médicales nommées pour étudier scientifiquement ce mode d'action se sont-elles tenues constamment sur la réserve, aussi bien en 1878 qu'en 1877, malgré tous les faits favorables à cette action interne. Les désintéressés se sont seuls risqués à émettre une opinion à cet égard, et elle varie tant, elle est si vague, qu'il n'y a guère à en tenir compte. Ce sont ainsi de véritables courants électriques, d'après P. Regnard; des variations plus ou moins grandes de la tension électrique sur un point donné, d'après R. Vigouroux, et, d'après le professeur Schiff, l'affinité du rhythme des vibrations moléculaires du métal avec les mouvements moléculaires de l'action nerveuse, phénomène qu'il compare, pour être plus sensible, à l'influence d'une corde vibrante sur une autre corde. Rien de moins topique ni de saisissable, comme on voit, que ces explications échappant absolument à toute démonstration.

Un jeune médecin, M. Garel, chef de clinique à la Faculté de Lyon, a mis toutes ces hypothèses à néant en démontrant, par un fait clinique minutieusement relaté et observé, que cette action s'exerce tout simplement à l'intérieur comme à l'extérieur, par contact immédiat. A un névropathe de cinquante-quatre ans, entré à l'hôpital dans la clinique du professeur Lépine pour des accès d'angine de poitrine, avec des points d'anesthésie sur le côté gauche du cou, s'étendant autour de l'oreille et de l'épaule, se montrant très bien sensible à l'or, il administre, dans un cachet, une feuille d'or métallique, avec ou sans la connaissance du malade, et le résultat est absolument identique sur le retour de la sensibilité. Il suffit même d'y substituer une feuille d'argent, à l'insu du malade, pour que l'anesthésie reparaisse immédiatement, tandis qu'elle cesse de nouveau, mais plus lentement, en reprenant l'usage des feuilles d'or à l'intérieur. Il n'y a donc pas à arguer ici de l'action obscure de sels plus ou moins insolubles. En vertu même de l'apho-

risme : *Corpora non agunt nisi soluta*, l'auteur ne peut voir aucune autre analogie entre l'action d'une pièce d'or sur la peau et l'effet produit par l'administration interne d'une petite dose de chlorure d'or et de sodium qu'une simple action de contact sur les parois du tube digestif ou du moins sur leurs plexus nerveux terminaux.

Cette comparaison est bien permise, d'après l'analogie embryologique du revêtement cutané et du revêtement intestinal. Entre ces deux surfaces, il n'y a que des différences d'adaptation. De là le nom de peau interne donnée à la muqueuse digestive. C'est le manchon retourné. L'idée théorique de cette action de contact, en conduisant à l'emploi expérimental des feuilles métalliques, l'a ainsi confirmée. De même que la superposition de l'argent sur l'or, à la surface de la peau, neutralise l'effet de celui-ci, il en est de même sur la muqueuse gastro-intestinale, puisque l'argent, introduit avant l'or actif, en a retardé et même neutralisé les effets. C'est l'identité même de l'action du métal *intus et extra* et la justification de la préférence à accorder aux feuilles métalliques sur des sels métalliques solubles, dont on ne peut aussi bien prévoir ni mesurer l'action d'après leur absorption variable.

Cette nouvelle méthode de la métallothérapie interne, employée par le docteur Cartier dans trois cas, a donné un résultat très remarquable chez une malade privée de la sensibilité et de la motilité dans tout le côté gauche depuis deux ans. On lui avait délivré un certificat d'incurabilité. En moins de deux mois, sous l'influence du bioxyde de cuivre à l'intérieur à faibles doses, elle redevient sensible, se promène et quitta bientôt l'hôpital. (*Lyon méd.*)

Une autre malade, placée dans le service de M. Boucaud, à l'Hôtel-Dieu, et qui avait déjà pris du sirop de chlorure d'or et de sodium pour une anesthésie complète de toute la surface cutanée, prit une feuille d'or en cachet. Dès le lendemain, il y avait de la sensibilité à l'hypogastre et au niveau de la racine du nez. Elle s'étendit ensuite aux membres; mais des troubles généraux : céphalalgie, fièvre, vomissements, étant survenus dès le cinquième jour, comme avec la médication précédente, on put conclure à l'identité des deux médications.

Ces faits témoignent donc que les métaux donnés en na-

ture à l'intérieur, agissent par simple contact comme sur la peau : phénomène de nature probablement électrique, qui n'a rien de commun avec les phénomènes physiologiques d'un composé chimique correspondant, puisque deux métaux contraires se neutralisent simplement, sans aucune action sur le système nerveux. (*Revue mens.*, juin, n° 6.)

MOELLE ÉPINIÈRE. La réunion des nerfs après leur division et le rétablissement de leurs fonctions motrice et sensitive viennent de suggérer des expériences curieuses pour savoir s'il en était de même de la moelle. L'analogie de tissu permettait de l'admettre, et l'on a déjà montré sur les animaux inférieurs que le cordon spinal peut se réunir après sa division. Eichorst, en expérimentant sur de très jeunes chiens, est parvenu au rétablissement partiel de sa fonction, dans un assez court espace de temps.

Chez trois jeunes chiens, la moelle épinière fut divisée entre la région dorsale inférieure et la partie lombaire supérieure. Une paralysie complète, motrice et sensorielle, en résulta aussitôt, dans toutes les parties au-dessous de la section, avec mouvements réflexes très sensibles. Les plaies furent traitées antiseptiquement avec le thymol. L'un des animaux mourut le vingt et unième jour, sans retour de la motilité ni de la sensibilité. L'examen nécropsique montra qu'il n'y avait pas la moindre tendance de régénération des parties divisées. Les extrémités étaient à 3 millimètres de distance, avec une substance gélatineuse d'un gris translucide au centre et en contact avec chaque extrémité.

Ce tissu intermédiaire était composé de grosses cellules rondes, formant des noyaux très profondément colorés par le carmin, entourées de granules interstitiels qui se résolvaient, à un grossissement considérable, en granulations et en fibres avec de nombreux capillaires ayant leurs parois adventices et traversés de nucléoles allongés. Aucune trace des éléments nerveux n'y fut découvert; c'était un tissu cicatriciel analogue à celui de la névroglie. Les nerfs des extrémités inférieures étaient sans altération.

Un retour des mouvements volontaires eut lieu chez le second chien, à la fin de la quatrième semaine. Il put graduellement se lever, s'asseoir et courir dans une étendue de

180 pieds sans interruption, quoique ses mouvements fussent ataxiques. Mais la sensibilité restait absente. Il fut tué le trente-cinquième jour. Une substance grisâtre, un peu aplatie d'avant en arrière, avait rétabli la continuité de la moelle. La partie correspondant aux colonnes antérieure et latérale présentait déjà un aspect médullaire ; les nerfs et les muscles des extrémités inférieures étaient normaux. Au microscope, le nouveau tissu était strié de fibres nerveuses, dirigées de haut en bas, avec une enveloppe médullaire. Plusieurs fibres présentaient des nucléoles ; d'autres, moins abondantes, en étaient privées et montraient une tendance variqueuse. Les deux espèces n'avaient aucune distribution régulière. Le tissu connectif interstitiel présentait des éléments cellulaires se colorant au carmin.

Le troisième chien vécut cent trente-un jours après l'opération, sans aucun retour des fonctions motrice et sensitive. Aucune restauration de la continuité de la moelle n'existait à l'autopsie. Les extrémités étaient à 2 millimètres de distance. Aucun de ces animaux ne présentait de dégénérescence secondaire de la moelle. (*Lancet*, 7 août.)

Névrite optique. Les relations qui unissent les nerfs optiques et les altérations chroniques de la moelle épinière sont aujourd'hui bien connues. Elles le sont moins entre ces maladies à l'état aigu. Un dragon entre à l'hôpital au commencement de février ; il présente une névrite optique gauche à la première période, sans aucun symptôme de lésion encéphalique.

Dans les premières semaines de mars, il présente les signes d'une myélite aiguë. En même temps, la névrite optique marche vers la résolution. Les phénomènes paralytiques commencent à s'amender, vers le milieu du mois d'avril. Le 5 mai, $V = \frac{15}{20}$ pour les deux yeux, le disque optique gauche est encore un peu diffus, le champ visuel est normal, la perception des couleurs n'est nullement atteinte, mais l'œil droit commence à s'altérer à son tour.

Cette observation paraît à M. Chauvel démontrer les rapports qui unissent, à l'état aigu, la névrite optique et la myélite. Il lui semble impossible de nier les rapports entre les deux.

MYXŒDÈME. Cette affection épouvantable est décidément un produit de l'Angleterre, car un cas observé récemment en France venait de ce pays. Le professeur Charcot, auquel il a été soumis, a désigné cette singulière maladie sous le titre de *cachexie pachydermique*, en envoyant la malade à Aix-les-Bains. C'est le nom adopté par le docteur Thaon, en observant cette malade à Nice, l'hiver dernier. Trois noms différents lui sont ainsi déjà imposés par les trois observateurs qui ont manifesté par là leur manière spéciale d'interpréter cette étrange affection. (Voy. *année* 1879.)

La cachexie se caractérise surtout par un degré prononcé d'anémie et les altérations remarquables de la peau et du tissu cellulaire des extrémités et des membres. L'adjectif pachydermique est ainsi justifié. L'état cérébral particulier en achève la distinction.

Rien de spécial à signaler de ce nouveau fait. C'est toujours le même groupement de symptômes extérieurs, et l'on s'étonne, devant une apparence si monstrueuse et frappante, que cette appellation n'ait pas été faite plus tôt. Endémiques ou non, ces faits ne doivent pas être très rares, puisque, depuis la première observation de sir W. Gull en 1873, en voici 15 ou 16 de relatés. Elles deviendront de plus en plus fréquentes, maintenant que la description en est connue, et telle est la similitude des cas que les médecins ne peuvent manquer de la distinguer. L'unique exemple rencontré chez un homme par M. Charcot suffit à démontrer que cette affection n'est pas spéciale au sexe féminin.

L'amélioration graduelle et considérable qui s'est manifestée dans le cas actuel, après deux saisons à Aix-les-Bains et le séjour à Nice pendant l'hiver, est sa principale distinction. On peut donc en espérer la guérison. (*Revue mensuelle*, août.)

Deux nouveaux cas en observation en sont également relatés par M. Inglis, le premier chez un plombier dont l'esprit était dérangé par suite de chagrins domestiques et qui tenta de se suicider avec du laudanum. Il était guéri depuis trois mois de sa mélancolie, quand ses paupières, ses mains offrirent de l'infiltration, qui se généralisa ensuite à tout le corps, et principalement à la face. De là

l'aspect crétinoïde, la langue saillante hors de la bouche gênant la prononciation. Refroidissement du corps, même en été. Peau sèche, avec obtusion de la sensibilité, comme dans le sclérème, urines non albumineuses, bruits du cœur normaux, mais lents et sourds. Pas de contractions réflexes ni d'atrophie musculaire, mais absence d'excitabilité électrique, ce qui semble indiquer une dégénérescence du tissu nerveux à la périphérie.

Le second fait concerne une femme de trente-neuf ans, mère de huit enfants bien portants, et prédisposée héréditairement à l'aliénation mentale. Sa maladie a débuté, il y a cinq ans, en coïncidant avec un accès de mélancolie, comme dans le cas précédent, dont les caractères physiques sont les mêmes. Un accès de manie aiguë l'a fait renfermer dans un asile. D'aimable et douce, elle est devenue irritable, passionnée et violente sans cause.

L'auteur admet, d'après ces deux faits, que le système nerveux est largement compromis dans cette affection. Des troubles de l'esprit, des aberrations mentales ont été observés dans tous les cas, et, si ce n'est pas de l'aliénation, celle-ci ne tarde pas à se manifester à la moindre prédisposition, même occasionnelle. L'excitation et l'irritabilité du début sont attribuées à l'action nocive du liquide qui imprègne les tissus sur le cerveau. Ce serait une maladie primitivement nerveuse, dont les effets secondaires sur la peau et les viscères résulteraient d'une absorption insuffisante des lymphatiques et des troubles trophiques dans les cellules ganglionnaires. (*Lancet*, 25 septembre.)

Deux exemples en ont aussi été soumis à la Société clinique de Londres par le docteur Dyce Duckworth, le 12 novembre. Le premier est une femme de quarante-sept ans, mère de neuf enfants, outre plusieurs fausses couches; les règles ont cessé il y a six mois. Urines normales, sans sucre ni albumine, malgré l'apparence d'affection chronique des reins. Cœur faible; 60 pulsations. Température plus élevée de deux degrés environ à droite qu'à gauche, due peut-être à une parésie ancienne de ce côté.

L'autre femme n'a que quarante-six ans et est encore réglée irrégulièrement. Elle est devenue plus lourde, il y a huit ans. Pouls à 80; apparence de néphrite chronique, sans urines albumineuses. Catarrhe bronchique. Œdème plus

marqué dans le membre inférieur droit que dans le gauche. La température est aussi plus élevée de deux degrés dans l'aisselle droite que dans l'autre. Aucun traitement n'a modifié la cachexie depuis le début.

La présence d'une excroissance molluscoïde sur la pommette gauche dans ce dernier cas — déjà observée dans huit ou neuf autres — est pour l'auteur un signe de dépression ou de trouble mental dans le myxœdème, et le fait est que le docteur Inglis a noté également cette particularité chez sa seconde malade.

Le docteur Sémon en a pris occasion pour montrer une troisième malade dont le trait le plus frappant est la chute totale des poils et des cheveux, ainsi que des dents. Elle a eu quatorze enfants et plusieurs fausses couches. La perte de mémoire et des hallucinations montraient aussi l'altération du cerveau. (*Idem*, 20 novembre.)

Cette énumération suffit à montrer que les observations de myxœdème se multiplient assez en Angleterre relativement aux autres pays pour en faire une affection endémique qui ne s'observe guère ailleurs. C'est donc dans les conditions spéciales des femmes anglaises surtout qu'il faut en rechercher l'étiologie.

N

NÉCROLOGIE. Au milieu des nombreux médecins qui succombent journellement et obscurément dans l'exercice de leur profession et en raison même de leurs services professionnels, il en est surtout qui fixent particulièrement l'attention. Ce sont les jeunes qui tombent victimes de leur zèle ou de leur dévouement à l'entrée de leur carrière dans les hôpitaux. Tel fut Georges Herbelin, interne à l'hôpital Sainte-Eugénie, mort du croup en soignant un enfant qui en était atteint. Il trouva la mort en luttant contre elle, a dit son panégyriste et son chef de service, M. Lannelongue. Les plus grands honneurs publics lui ont été rendus, et il eut la suprême douceur, avant de rendre son dernier soupir, de recevoir la décoration de la Légion d'honneur, que le Président de la République s'empressa de lui envoyer.

Bien d'autres néophytes de la profession succombent de même dans ces foyers de contagion. Deux élèves externes ont ainsi contracté la variole : Mejia à Paris et Decourt à Lyon succombaient presque simultanément à cette maladie, contractée dans l'exercice de leurs fonctions. Aussi est-il déplorable que, devant ces exemples répétés, il n'y ait pas obligation, pour tout étudiant en médecine qui prend sa première inscription, soit dans une Faculté, soit dans une Ecole secondaire de médecine, de produire non pas seulement, comme c'est l'usage, un simple certificat de *vaccine*, mais un certificat de *revaccination*, portant mention expresse du résultat positif ou négatif obtenu.

C'est en vue de ces malheurs répétés qu'une pétition de médecins, demandant que l'Etat accorde des pensions aux veuves et aux orphelins des médecins qui succombent à une maladie contagieuse contractée en soignant leurs malades, a été envoyée au Parlement. Prise en considération, elle a été renvoyée au ministre de l'intérieur, qui a jugé que le médecin civil ne peut être assimilé ni à un soldat ni même à un fonctionnaire, pour avoir droit à cette pension, parce qu'il est libre dans l'exercice de sa profession et qu'il n'en accepte que moralement tous les dangers. C'est donc dans l'association mutuelle que les médecins doivent trouver les secours dont quelques victimes parmi eux peuvent avoir besoin.

Auzoux, *Louis*, l'inventeur et le vulgarisateur de l'anatomie clastique et qui rendit de si grands services à l'enseignement de cette science, est mort à Paris, à quatre-vingt-deux ans. Une pâte susceptible de prendre les empreintes les plus délicates et d'acquérir par la dessiccation une grande solidité ui permit de composer des pièces anatomiques artificielles, imitant la nature dans ses plus minutieux détails de forme et de couleur. Les modèles ainsi obtenus sont formés d'éléments séparés pouvant se monter ou se séparer à volonté Dès 1822, l'Académie de médecine et l'Institut accordèrent un de leurs prix annuels à M. Auzoux. A toutes les Expositions universelles, il a obtenu des médailles d'or.

Boll, *Francis*, professeur de physiologie comparée à Rome et qui s'est illustré par sa découverte du rouge rétinien et

ses recherches à ce sujet, est mort dans cette ville, le 19 décembre 1879. Il fut l'un de ces Allemands qui contribuèrent tant, avec Moleschott et Schiff, à répandre la science positive en Italie, comme pour rendre à la péninsule tous les bienfaits que l'Europe et l'Allemagne en particulier en avaient reçu lors de la Renaissance. Les sommités italiennes ont ainsi reconnu ses services d'une manière éclatante en accompagnant son corps, avec l'ambassadeur allemand, au cimetière protestant, où plusieurs discours ont été prononcés.

Broca, *Paul*, a cessé de vivre! Il est mort le 9 juillet, frappé subitement en pleine poitrine et au milieu de son œuvre, à cinquante-six ans. Quelle perte et quel deuil! Des quatre points de l'horizon médical et scientifique, la voix de la renommée en a retenti douloureusement pour pleurer et regretter un si grand malheur. Pas un accent n'a faussé cette unanimité de regrets, d'autant plus précieuse à sa mémoire que son élévation toute récente au Sénat avait fixé l'attention publique sur lui.

L'œuvre de Broca est immense et d'autant plus considérable qu'elle se répand en des champs très variés, différents et presque opposés. Anatomie, physiologie, chirurgie, anthropologie lui étaient également familières, et partout il s'est distingué en imprimant un caractère original ou en réalisant un progrès, une découverte à tout ce qu'il a touché. Sa découverte du siège de la parole, et celle de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes, comme sa classification des tumeurs, suffisent sans doute à l'immortalité de son nom; mais combien d'autres en anthropologie, science de l'avenir, le protègent contre l'oubli! L'énumération de ses nombreux travaux, faite par son élève Hénocque dans la *Gazette hebdomadaire*, peut seule faire connaître le savant, comme l'histoire de son compatriote Reclus dans la *Revue mensuelle* permet d'apprécier l'homme et son noble caractère. L'éloge funéraire de son ami Trélat le résume d'ailleurs parfaitement dans ces paroles éloquentes :

« Quarante années d'un travail sans trêve, quarante années de dignité, de générosité, de patriotisme élevé, de dévouement à toutes les nobles causes : voilà la vie de Broca. Comme le lutteur infatigable, comme le soldat héroïque,

il meurt d'un coup subit et imprévu; frappé debout en pleine poitrine, il succombe couvert d'une gloire dont nous n'avons entrevu que l'aurore et qui va tantôt s'épanouir en son plein jour; il meurt entouré de l'estime universelle et comblé des affections les plus dévouées et les plus tendres. Grande et puissante intelligence, âme rayonnante et sereine, cœur plein de noblesse, rare et admirable trinité, merveilleuse union de tout ce qui fait la vraie grandeur de l'être humain : tout cela nous est enlevé, arraché en un instant, et il ne nous reste plus que la majesté de l'exemple et la poignante douleur de nos regrets. »

Budd, *William*, l'illustre contagioniste anglais, a cessé de vivre, le 9 janvier, dans sa soixante-dixième année. Il était retiré depuis dix ans du théâtre de ses brillants travaux, à Bristol, où il occupait le premier rang de médecin consultant par son savoir et sa position de médecin de l'Infirmerie royale, et de professeur à l'École de cette ville. Sa mort n'excitera donc pas le retentissement universel qu'elle eût causé dans le monde médical lorsque parut, en 1873, son fameux ouvrage sur la *fièvre typhoïde, sa nature et ses modes de propagation et de prévention*, traduit depuis dans toutes les langues. La précision et la sûreté de ses observations sur la contagion de cette maladie, son assimilation ingénieuse de la lésion anatomique de l'intestin à l'éruption, au *rash* des autres fièvres contagieuses, comme les pustules varioliques, en rendant la contagiosité des matières fécales presque perceptible, avaient donné à son nom une célébrité égale à ceux de Harvey et Sydenham, ses glorieux compatriotes, sinon ceux d'Hippocrate et de Galien. Aujourd'hui que tout ce bruit est passé, que ses démonstrations ont été contrôlées et critiquées et que, par l'extension qu'il en a fait au choléra et à d'autres maladies épidémiques, on a pu acquérir une plus juste mesure de la valeur de ses théories doctrinales, sa perte paraîtra moins grande, malgré les immenses services qu'il a rendus. A lui appartient l'honneur d'avoir démontré la contagiosité de la fièvre typhoïde, et, à ce seul titre, il mérite la reconnaissance éternelle de l'humanité tout entière !

Ajoutons que la France peut se glorifier de cet honneur, car c'est elle qui lui donna sa première instruction médicale.

C'est après quatre ans passés à Paris, au Collège de France et à la Faculté de médecine, qu'il alla à Edimbourg se faire recevoir docteur en 1838, pour aller ensuite exercer à Bristol.

Bumstead, *Freeman*, célèbre syphiliographe américain, est mort à New-York, le 28 novembre, à cinquante-quatre ans. Professeur au Collège des médecins et chirurgiens de cette ville depuis 1868, il fut obligé de donner sa démission pour cause de maladie en 1871 et entreprit dès lors un traitement par le changement de lieu, en ne cessant de parcourir les diverses contrées de l'Europe jusqu'en 1878. Rentré dans sa patrie, il était occupé à revoir les épreuves de son *Traité des maladies vénériennes*, lorsque la mort le saisit. C'est le digne monument d'une carrière honorable, dont la tombe s'élève au mont Auburn.

Ceely, *Robert*, le célèbre praticien anglais qui, après Jenner, s'est rendu le plus utile et le plus renommé sur la vaccine, a terminé sa longue carrière le dimanche 28 novembre, à quatre-vingt-trois ans ! C'est de 1840 à 1842 qu'il publia ses plus importantes recherches sur la vaccine et la variole. En témoignage de ses profondes connaissances à ce sujet, la Commission de la vaccine animale réclama encore ses avis l'année dernière, comme la Commission de la peste bovine en 1865.

Quoique pratiquant en province, à Aylesbury, où il fonda un hôpital en 1833, — *Buchs general infirmary*, — dont il fut le médecin depuis lors, Robert Ceely exerçait une autorité réelle sur les plus importantes décisions sanitaires de son pays, aussi bien que sur celles de la Société épidémiologique et de l'Association médicale britannique, dont il était l'un des membres les plus révérés. Sa mort a été un véritable deuil parmi la population qu'il avait entourée de ses soins, par le vide irréparable qu'elle laisse.

Chauffard, *Denis*, le père du célèbre professeur de ce nom, mort subitement l'année dernière et auquel il eut la douleur de survivre, s'est éteint à quatre-vingt-quatre ans, au mois de décembre. Premier médecin de la ville et de l'hôpital d'Avignon, où il avait conquis, par son savoir et son honorabilité, la distinction et le respect que donnent de longs

services dans une ville de province, il meurt comblé de titres et d'honneurs. Membre correspondant de l'Académie de médecine depuis quarante-cinq ans, il en fut élu associé national en 1871. Le père et le fils se trouvaient ainsi réunis dans un rang distingué à cette haute assemblée d'où la mort les sépare à jamais.

Corrigan, *Dominique*, l'illustre auteur de la maladie de ce nom, a cessé de vivre le 1er février, en succombant à Dublin aux suites d'une hémorrhagie cérébrale. Le cerveau qui l'avait si bien servi toute sa vie l'a aussi fait mourir, à soixante-dix-huit ans! C'est un grand deuil pour l'Angleterre et surtout l'Irlande, dont il était l'une des gloires les plus pures, car, de simple apprenti du docteur O'Kelly en 1820, il s'éleva graduellement, par son mérite, son travail et ses services, aux plus hautes distinctions qu'un pays peut conférer à ses enfants.

Sir Dominic, comme on le distinguait, après avoir été successivement médecin de divers hôpitaux, fut nommé professeur à l'Université royale de Dublin dès sa fondation, en 1841, et en devint chancelier ensuite. Élevé à la dignité de baronet en 1866 pour ses éminents services dans l'enseignement, il fut choisi par la reine comme son médecin. Son pays l'envoya plus tard au Parlement comme député, tandis qu'il représentait déjà sa profession au Conseil médical, où il ne cessa d'être, de 1858 jusqu'à sa mort, le plus ardent défenseur de tous les praticiens et des progrès de leur instruction. Tous ses confrères perdent ainsi l'un de leurs meilleurs amis.

Des nombreux et divers travaux qui sont la gloire de cette brillante carrière, on en distingue trois qui forment son œuvre capitale : c'est son mémoire sur les valvules aortiques qui le premier, dès 1832, établit sa réputation et transmettra son nom à la postérité; puis sa description de la cirrhose du poumon, qui, malgré les lumières de la pathologie actuelle, n'en conserve pas moins sa valeur; enfin ses leçons sur les fièvres, dont le mérite principal est la distinction du typhus et de la fièvre typhoïde, qu'il eut la gloire, avec deux ou trois de ses compatriotes, de prévoir et de préparer. A tous ces titres, l'immortalité de Corrigan est assurée.

Delpech, *Armand*, que ses travaux sur la *nécrose phosphorée*, l'*action du sulfure de carbone* et tant d'autres, ont classé parmi les hygiénistes distingués, est mort subitement dans une partie de chasse. Il dissimulait trop son âge pour qu'on le connût; on savait seulement qu'il était né en 1818. Il disparaît inopinément, comme Chauffard et Broca, ses condisciples, mais sans laisser comme eux les travaux d'un labeur scientifique incessant. C'était plutôt un homme de plaisir, comme Tardieu, à l'intelligence vive et rapide, à la parole claire et facile, aux manières distinguées et bienveillantes.

C'est à ces qualités qu'il dut une pratique très étendue dans la clientèle riche. Professeur agrégé de la Faculté de médecine et médecin de l'hôpital Necker, il fut élu successivement membre de l'Académie de médecine, du Conseil d'hygiène et du Conseil municipal. Il était commandeur de la Légion d'honneur. Tous ces titres disent assez qu'il jouissait de la faveur publique.

Fairbank, *Thomas*, le médecin de la famille royale d'Angleterre au château de Windsor et dont il était devenu l'ami par ses grandes qualités, a succombé subitement le 26 février, âgé seulement de trente-six ans! Ses patrons, sir J. Clark et sir J. Paget, l'avaient placé dans cette position élevée à vingt-trois ans, en raison de ses brillantes études. Une chute de cheval, faite il y a cinq ans, paraît avoir déterminé un anévrysme du cerveau, cause de sa mort. Tout un avenir brillant, basé sur une intelligence hors ligne, est ainsi brisé par un petit accident!

Hancock, *Henry*, l'un des chirurgiens anglais les plus justement considérés, traducteur de l'*Anatomie des régions* de Velpeau, dont il fut un fidèle et glorieux modèle, a succombé à une affection héréditaire du pylore, le 4 janvier, à soixante et onze ans, dans sa propriété de Chute Standen, où il s'était retiré. Il se distingua en oculistique, sous la direction de Guthrie, et fut le précurseur de l'iridectomie dans le glaucome par la section des muscles ciliaires. En chirurgie, ses études furent particulièrement dirigées sur les maladies articulaires. Son nom reste ainsi attaché à plusieurs résections du pied, dont il eut la priorité. Ce fut

lui qui inaugura la résection de Moreau et qui la modifia ensuite par son amputation du pied, en ménageant le calcanéum et la partie supérieure de l'astragale. Ses leçons sur le pied humain au Collège des chirurgiens sont restées célèbres. C'est en effet dans ce corps savant qu'il joua son principal rôle, en assistant régulièrement à tous ses travaux. L'honneur de la présidence lui en fut accordé en reconnaissance de ses services en 1872, et ce fut le signe de sa retraite. Aussi une adresse spéciale de regrets a-t-elle été votée à sa veuve par le Conseil.

Par son attachement, son amour de la science et du progrès et l'accomplissement rigoureux de ses devoirs de professeur, c'était le plus parfait *teacher* ou enseignant. Il manqua rarement une de ses leçons, et il mettait toute son habileté à enseigner tout ce qu'il savait.

Hébra, *Ferdinand*, le célèbre dermatologiste autrichien, dont la réputation est universelle dans le monde médical, a succombé le 5 août, à soixante-quatre ans. Élève de Skoda, il trouva de bonne heure dans ce grand maître un guide sûr et un ferme appui pour fonder et diriger en Autriche la spécialité des affections de la peau, qui était encore à créer lors de sa réception au doctorat en 1841. L'hôpital Saint-Louis était à cette époque la seule école de dermatologie en Europe, et, de même que Bazin allait y opérer une révolution doctrinale par son enseignement, Hébra institua un nouvel enseignement de cette science à Vienne. Sa première leçon eut lieu en 1842, alors que le grand ouvrage de Erasmus Vilson venait de paraître en Angleterre.

Si éclatant fut ce début que le gouvernement érigea un établissement spécial des maladies de la peau qui lui fut confié. Par l'abondance et le choix des matériaux qu'il sut y réunir, une grande clinique fut ainsi fondée, dont le maître, par la clarté et l'originalité de son enseignement, son observation sagace et ses comparaisons ingénieuses, acquit rapidement une célébrité européenne. Sa nomenclature simplifiée, basée sur les lésions anatomiques locales, d'après les travaux de Rokitanski, obtint tant de succès par sa contradiction avec celle de Bazin, que le crédit de l'École dermatologique de Vienne fit échec à celle de Saint-Louis.

Les étudiants s'y rendirent en foule de toutes parts et surtout d'Amérique, ainsi que les malades. Son crédit fut universel, et par l'étendue et le mérite de ses travaux, notamment son *Traité* et son *Atlas des maladies de la peau*, il ne cessa de le justifier. Les services qu'il rendit à la science furent largement récompensés par les honneurs et les dignités, et il disparaît en laissant un fils et un gendre, le professeur Kaposi, pour continuer la renommée de son nom et de son œuvre.

Lockhart-Clarke, *Auguste-Jacob*, dont les travaux et les découvertes sur le système nerveux ont rendu le nom si illustre, a cessé de vivre le 25 janvier, victime d'une phthisie héréditaire, à soixante-trois ans. Ses nombreux travaux, bien connus et publiés en anglais, en français, en allemand, n'ont pas à être énumérés ici. Élevé en France, il s'était initié de bonne heure aux recherches biologiques des physiologistes français. Membre et lauréat de la Société royale de Londres, comblé de titres et d'honneurs, il pouvait aspirer et prétendre à une grande richesse comme consultant; mais ses goûts de savant le retinrent presque exclusivement dans ses études de prédilection, préférant enrichir la science que lui-même. Rare exemple à imiter!

Neil, *John*, le célèbre chirurgien américain dont l'Université de Pensylvanie s'honorait tant par l'éclat de son enseignement et de ses services, a cessé de vivre le 11 février, vaincu par la maladie de Bright dont il souffrait depuis trois ans et qui l'avait rendu aveugle. Il avait successivement parcouru, depuis 1840, tous les degrés de l'enseignement, jusqu'à la chaire de clinique chirurgicale à Philadelphie. Chirurgien de divers hôpitaux, il organisa le service hospitalier pendant la guerre et fut placé à sa tête, où il déploya la plus grande activité. Son nom était le plus populaire, le plus connu et le plus estimé des chirurgiens de la Pensylvanie. Entre autres travaux qui le distinguent, il reste surtout attaché au *Compendium* de Neil et Smith, devenu classique dans l'enseignement.

Porter, *Joshua-Henry*, médecin en chef de l'armée anglaise en Afghanistan, a succombé d'une pneumonie le

9 janvier, dans le camp de Sherpur. D'origine irlandaise et admis comme aide-chirurgien en 1853, il ne cessa de prendre part depuis avec honneur à toutes les campagnes de l'armée anglaise. En Crimée, comme dans l'Inde et dans la guerre franco-allemande, ses services lui valurent des distinctions. Il fut ainsi chargé du service médical de la colonne du général Browne en Afghanistan et succéda au chirurgien en chef, Tornsend, blessé dans la passe de Shutargurdan lors de la reprise des hostilités.

De 1873 à 1878, le docteur Porter fut chargé du cours de chirurgie militaire à l'hôpital spécial de Netley. C'est alors qu'il publia *The surgeon pocket-book* ou Manuel du chirurgien militaire, qui remporta le prix international fondé par l'impératrice Augusta pour le meilleur traitement des plaies de guerre. C'est une grande perte pour l'armée anglaise, qu'il honorait et servait avec dévouement.

Rizzoli, le grand chirurgien italien, est mort à Bologne, à un âge avancé : il avait plus de soixante-dix ans. Atteint d'une péliose rhumatismale, il entreprit, malgré ses souffrances, le voyage de Rome au commencement de l'année, pour aller voter, en sa qualité de sénateur, contre l'impôt impopulaire de la mouture. Il a clos sa carrière et couronna ses œuvres chirurgicales en créant un établissement d'orthopédie près de Bologne, dont les frais s'élèvent à 1 250 000 francs. En mourant, il légua le surplus de sa fortune, évaluée à plusieurs millions, à l'entretien de cet établissement, qui restera comme un temple impérissable à la mémoire de son nom et de la science qu'il honora.

Seaton, *Edward-Cator*, le célèbre hygiéniste anglais, dont les travaux sur la vaccine en particulier ont illustré le nom, a succombé à une hémorrhagie cérébrale le 21 janvier, après plus de six mois de paralysie. Ancien élève de l'Ecole de Paris, le docteur Seaton se distingua surtout au Congrès sanitaire international de Vienne en 1874 et succéda ensuite à John Simon dans les conseils du gouvernement.

Séguin, *Edouard*, médecin français, qui s'est illustré en Amérique par son traitement de l'idiotie, est mort à New-

York le 28 octobre, âgé de soixante-huit ans. Il était né à Clamecy. Toute sa vie et ses études furent consacrées à l'éducation des idiots, dont il ouvrit le premier établissement en 1839. Vingt-cinq furent fondés sur ce modèle en divers pays. Il alla aux Etats-Unis en 1848, pour y propager sa méthode, et tels furent ses succès que onze écoles d'idiots y prospèrent aujourd'hui. Son nom mérite d'être conservé par les bienfaits qu'il a rendus à ces infortunés.

Sharpey, *William,* le savant anatomo-physiologiste anglais, s'est doucement éteint dans son fauteuil, à huit heures du soir, le 11 avril, âgé de soixante-dix-huit ans. Soit comme professeur d'anatomie et de physiologie au collège de l'Université pendant quarante ans, soit comme secrétaire de la Société royale, il se montra toujours un savant de premier ordre par l'étendue de ses connaissances autant que par leur exactitude. Son exposition était claire et lucide, car il s'était profondément assimilé tout ce qu'il enseignait. Les connaissances anciennes lui étaient aussi familières que les nouvelles : Vésale et Haller lui étaient aussi connus que Cl. Bernard et Ludwig.

Il avait acquis ces vastes connaissances par son séjour prolongé en Europe, au début de sa carrière scientifique, de 1822 à 1831. A Pavie sous Panizza et à Berlin sous Rudolphi, comme à Heidelberg sous Tiedemann, à Paris et à Vienne, comme à Edimbourg, il ne cessait de travailler. Son premier travail sur le mouvement particulier des *ciliaires*, qui figure dans l'*Encyclopédie* de Todd, le posa en maître, et il obtint bientôt la médaille Baly, de la Société royale, pour ses recherches physiologiques. La traduction de la *Physiologie* de Muller et de l'*Anatomie* de Quain et bien d'autres lui sont dues en partie, et tout ce qui sortait de sa plume avait ce cachet de précision et d'exactitude qui distingue ses œuvres. Mais il savait trop pour écrire beaucoup, car plus d'un mémoire a vu le jour par l'ignorance même des auteurs de ce qui avait été fait avant eux. Il ne cessa ainsi de s'élever en honneurs et en dignités par les plus grands services publics rendus dans l'enseignement jusqu'en 1874, où il se retira, avec une pension de l'Etat.

Taylor, *Alfred-Swâine,* le toxicologiste anglais dont la réputation était devenue universelle, a succombé à une af-

fection cardiaque, le 27 mai, âgé de soixante-quatorze ans. Elève d'Astley Cooper à l'hôpital Guy, il y revint après avoir étudié en France, en Allemagne, en Italie, pour fonder la chaire de jurisprudence médicale où il s'illustra. Ses traités des poisons, de jurisprudence médicale, et de chimie attestent ses vastes connaissances spéciales et justifient sa célébrité.

NÉPHRECTOMIE. C'est le nouveau nom donné par le professeur Czerny, d'Heidelberg, à l'extirpation du rein; celui de néphrotomie étant réservé à l'incision simple. L'histoire statistique de cette opération, depuis que le professeur Simon l'a pratiquée le premier en Europe en 1869, après ses expériences sur les animaux, a été faite par M. A. Barker, à l'occasion d'un nouveau cas opéré par lui, le 2 décembre 1879, chez une fille de vingt et un ans, pour un rein mobile, soupçonné d'encéphaloïde par les violentes douleurs et l'hématurie abondante et continue qu'il provoquait. La laparotomie fut exécutée antiseptiquement, comme pour l'ovariotomie. Le côlon ascendant mit quelques empêchements à l'excision, à cause du ramollissement de la tumeur. L'uretère fut lié séparément, et une double ligature avec des fils de soie fut faite au pédicule avant sa résection. L'excision fut presque exsangue. Néanmoins l'opérée fut prise d'un accès de dyspnée et de faiblesse vingt-quatre heures après, et la mort, survenue soudainement, fut attribuée à une thrombose, que l'autopsie confirma. Un gros caillot ferme et à peine coloré fut rencontré dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire.

Les 28 cas de néphrectomie collectés par l'auteur montrent que deux chirurgiens américains avaient pratiqué l'excision du rein avant Simon, de Heidelberg. Un tableau de ces faits, avec le nom de l'opérateur, le sexe et l'âge de l'opéré, la date et le siège de l'opération, ainsi que tous les renseignements principaux, démontre sa parfaite innocuité sur l'économie. Dans aucun cas, il n'en résulta de trouble profond, et dans deux cas de traumatisme, notamment où le rein faisait saillie par la plaie, il fut excisé sans aucun trouble.

Six fois le diagnostic fut erroné, et, dans deux cas de néoplasme, la difficulté d'isoler l'organe ne permit pas d'en

achever l'excision. Les causes des 20 autres cas se divisent ainsi avec leurs résultats :

Fistules de l'uretère.... ...	2, avec guérison.
Douleurs rénales aiguës....	2, une guérison et un décès.
Pyélite calculeuse.....	2, suivie de mort.
Blessures du rein.....	3, un seul décès.
Rein mobile et douloureux..	6, 4 guérisons, 2 morts.
Néoplasmes.....	4, 3 guérisons, 1 mort.
Pyonéphrose.....	1, guérison.
Total.....	20, 13 guérisons, 7 morts.

Des 8 cas précédents, 7 ayant été mortels, les décès équivalent donc aux guérisons sur le total. La cause de la mort ne put être fixée dans plusieurs cas; mais, dans deux, le *shock* la détermina dix heures après; dans quatre laparotomies, la péritonite s'ensuivit, et la pyémie dans un septième. Elle ne survint que plusieurs jours après l'opération dans les autres.

La guérison fut complète dans les autres cas, si ce n'est la récidive possible dans les deux cas de néoplasme. L'incision avait été faite 9 fois dans l'hypocondre et 4 fois dans l'abdomen, tandis que, dans 9 cas de mort, elle avait été 5 fois lombaire et 4 fois ventrale.

D'où la conclusion que la néphrectomie semble devoir être une opération utile à l'avenir, quand on aura mieux appris à distinguer les cas où elle convient spécialement. Et quant au procédé à suivre, il résulte des faits précédents et d'expériences sur le cadavre, que l'incision lombaire est surtout applicable aux cas de traumatisme du rein ou d'inflammation périnéphrique ancienne ou récente, dans la pyo ou hydro-néphrose et les petites tumeurs fixes de cet organe. La laparotomie doit ainsi être réservée aux reins douloureux ou mobiles, surtout accompagnés de néoplasmes ou de kystes. La difficulté d'exciser les ganglions lymphatiques dans les cas de néoplasmes doit aussi y faire recourir de préférence, comme facilitant la ligature du pédicule. (*Royal med. and chir. Soc.*, 9 mars.)

Ce mémoire, étant le premier à être soumis à la Société sur ce sujet, a donné lieu à une longue discussion, où plusieurs chirurgiens ont relaté des cas à l'appui des conclusions précédentes. Un enfant a été ainsi présenté par

M. Knowsley Thornton, ayant subi l'excision d'une tumeur kystique remontant à cinq ans. La difficulté rencontrée dans l'incision lombaire montre que la laparotomie est préférable dans ces cas. L'excision du rein gauche, pratiquée aussi avec succès par M. Cl. Lucas, à l'hôpital Guy, sur un homme de trente-six ans, lui semble aussi justifier cette opération. (*Lancet*, février.) Une tumeur volumineuse ne peut être enlevée par l'incision lombaire sans danger d'hémorrhagie consécutive ou d'embolie des vaisseaux divisés. M. Spencer Wells a vu le professeur Simon exciser le rein avec succès pour une fistule urétérale consécutive à une ovariotomie. Mais M. Holmes voit une contre-indication formelle de la néphrectomie dans le cas de cancer, à cause de sa dissémination inévitable.

Deux observations en sont aussi relatées par M. Czerny, la première chez un marchand de vin de cinquante ans, portant une tumeur volumineuse au-dessous des fausses côtes gauches et occupant la moitié de l'abdomen. Son siège dans le rein fut démontré par l'injection d'une grande quantité d'eau dans le côlon. Le malade ayant réclamé l'opération, une incision lombaire mit la tumeur à nu. Elle était si molle qu'elle se rompit aux tentatives de soulèvement. Une abondante hémorrhagie eut lieu, et, malgré les ligatures et la pression de l'aorte, la mort survint dix heures après.

Le second cas était une femme de trente-deux ans qui souffrait en urinant depuis quatre ans. Un abcès se montra entre la onzième côte du côté droit; il fut ouvert. L'écoulement du pus rendit aussitôt l'urine claire; mais ce fut le contraire dès que le pus cessa de couler. Le 22 mai, la fistule fut ouverte parallèlement à la côte, et, pour y introduire la main, neuf centimètres en furent réséqués à deux reprises, en conservant le périoste. Le rein malade, entouré d'un caillot de sang ancien, avait trois fois son volume normal. La partie supérieure en fut excisée et donna issue à une grande quantité de pus. Une ligature placée sur le hile permit l'incision complète de l'organe, et la plaie fut pansée et fermée antiseptiquement. Il n'y eut pas de fièvre, et, le 14 juin, les ligatures tombèrent. Il n'existait plus qu'une fistulette le 14 septembre, au départ de l'opérée. (*Centralb. für chir.*)

Deux voies différentes sont ainsi ouvertes à cette opération, et, si la seconde méthode est moins grave que la première, elles ne peuvent être employées indifféremment. Suivant l'auteur, la laparotomie doit être préférée si l'organe est mobile; au contraire, si le rein est fixe et peu volumineux, l'incision intracostale est préférable. Le succès a ainsi couronné celle-ci, malgré une résection laborieuse. La guérison obtenue par le professeur Martin avec la laparotomie et l'excision faite par Zweifel montrent que cette méthode peut être également couronnée de succès.

Un succès remarquable en a été aussi obtenu par le docteur Savage, à l'hôpital de Birmingham, chez une femme de quarante-six ans, chargée d'embonpoint et mère de cinq enfants. Elle portait dans la région ombilico-lombaire droite une tumeur du volume d'une tête de fœtus, mobile, élastique, indolore et fluctuante comme un kyste, paraissant adhérer au rein droit, car la pression de cet organe en arrière la faisait saillir en avant. Urine normale, sans pus ni sang. Coliques rénales remontant à trois ou quatre ans. On diagnostiqua une hydronéphrose, et, la tumeur augmentant, une incision exploratrice fut pratiquée le 16 janvier. Commencée à 2 pouces au-dessus de l'ombilic, elle s'étendit à 2 pouces au-dessous et montra un kyste recouvert en partie du côlon transverse. Un liquide clair, aqueux et mêlé de sang s'en écoula par la ponction. Le pédicule était gros comme le poignet, et, dans l'impossibilité de lier cette masse ni les vaisseaux à une telle profondeur, on se borna à s'assurer que les uretères ne contenaient aucun calcul et à éponger l'intérieur du kyste avec une solution phéniquée. Les parois en étaient constituées en partie par les calices et les bassinets et de l'autre par la capsule. Elles furent réunies dans un clamp au milieu du kyste vidé, et un quart de la partie la plus externe en fut simplement réséquée. Du perchlorure de fer fut appliqué sur la plaie, recouverte d'un linge phéniqué pour tout pansement. Du liquide urineux s'échappa du moignon le quatrième jour, et l'on crut à la formation d'une fistule urinaire persistante, mais cet écoulement cessa bientôt. Le clamp fut enlevé le vingt-troisième jour, et l'opérée sortait guérie le 1er mars. (*Lancet*, 17 avril, n° XV.)

La même opération a été exécutée le 2 janvier avec suc-

cès chez une fille de sept ans, atteinte d'hydronéphrose du rein gauche. Admise à l'hôpital de la Samaritaine le 21 octobre, elle fut d'abord soumise à une ponction, le 4 novembre, qui donna six pintes et demie d'un liquide brunâtre, acide et urineux. Et, dès le lendemain, l'enfant, qui n'urinait depuis longtemps qu'une fois par jour et en très faible quantité, rendit immédiatement trois pintes d'une urine claire et deux le surlendemain. La quantité diminua ensuite graduellement, et, tout en se maintenant à 20 *ounces* par jour d'une urine claire, sans albumine, le kyste se remplit de nouveau et avait repris son volume primitif, le 15 décembre. M. Thornton pratiqua la néphrectomie, le 2 janvier, par une incision de 3 pouces 1/2, et l'opération dura une heure et demie. Aucune complication ne survint ensuite, et, vingt-trois jours après, l'opérée était envoyée en convalescence à Brighton, après sa présentation à la *med. chirurg. Society.*

De l'observation de ce fait, il résulte manifestement que la présence du kyste exerce une irritation sympathique sur le rein congénère. La congestion active qui s'y manifesta après l'excision du kyste, rendue évidente par une urine rare et sanguinolente, est attribuée par le docteur Thornton à l'action irritante du nuage phéniqué pendant l'opération, d'après la même observation faite dans plusieurs cas après l'ovariotomie. (*Idem*, n° XXIII.)

Le rein gauche, tuberculeux et donnant une suppuration abondante depuis longtemps, chez une fille de seize ans, a aussi été excisé, le 17 juillet dernier, à l'hôpital de Charing-Cross, par M. Barwell. L'ouverture existant en arrière fut agrandie, et un rein pesant six *ounces* trois quarts fut extirpé. Malgré l'état de faiblesse de l'opérée, produite par une longue suppuration, la guérison était certaine huit jours après. (*Lancet*, 24 juillet.)

Un autre exemple en est rapporté par le docteur H. Byford, de Chicago, sur une Allemande de trente-neuf ans, entrée à l'hôpital le 27 février 1878. Mère de six enfants, dont le dernier a dix-huit mois, elle ne s'est pas rétablie depuis son accouchement. Très émaciée, avec peau sèche, pouls accéléré, langue chargée, teint jaune, bouffissure de la face et des extrémités, elle a le ventre volumineux, de 42 pouces de diamètre et fluctuant partout. Urines rares et

très colorées sans albumine ni pus. Une grosse tumeur irrégulière, ressemblant à un fœtus, est découverte du côté droit, s'étendant au delà de la ligne médiane et mobile de gauche à droite seulement et non de haut en bas. L'utérus étant libre, ainsi que le foie et la rate, il ne pouvait s'agir que d'une grossesse extra-utérine ou d'une tumeur du rein, car sa base n'était pas dans le bassin, et l'utérus était situé normalement.

Le 14 mars, un petit trocart fut plongé dans la tumeur, et une pinte de sérum épais, jaunâtre, en sortit. Une incision fut faite au même siège, de 1 pouce 1/2 de long, qui donna issue à 16 ou 18 *pounds* ou livres de sérum. La tumeur rendue accessible était attachée, dans la moitié droite postérieure de l'abdomen, par une adhérence large et épaisse, divisée en deux; de là sa mobilité. Sa surface était nodulaire, incompressible et sans fluctuation. Sa forme ovale indiquait le rein, qui fut attiré en agrandissant l'incision. Il était recouvert de deux larges feuillets du péritoine réunis par du tissu connectif. Ils furent divisés entre deux ligatures et la tumeur mise à nu; des éponges phéniquées ayant absorbé le sérum, le pédicule put être fixé par des ligatures et la tumeur excisée. Elle pesait 4 livres 1/2, et l'examen microscopique montra une dégénérescence encéphaloïde du rein droit.

Malgré quelques accidents consécutifs et la formation d'un foyer purulent à la partie inférieure de la plaie, ayant nécessité de nouveau le drainage de la paroi abdominale, l'opérée quitta l'hôpital le 26 avril. Elle continua à se porter si bien depuis, que, le 1er juillet 1880, elle était notablement engraissée et n'éprouvait rien d'anormal dans le ventre. (*Amer. gynec. Soc.*, septembre, et *Boston med. and surg. journ.*, n° 13.)

La néphrectomie lombaire a été pratiquée pour la première fois en France pour une fistule urétérale du côté droit, sur un homme ayant reçu un coup de tranchet dans la région rénale. Une fistule urineuse lombaire en résulta, dont le diagnostic précis fut établi séparément dans l'urine excrétée par l'urèthre et par la fistule, en administrant le salicylate de soude, qui se retrouvait dans l'une et dans l'autre, sur la réaction de l'iodure de potassium injecté dans l'urèthre et le nitrate de plomb déposé sur la plaie.

Ces réactions, en montrant que l'urine venait directement du rein et non de la vessie, assuraient le diagnostic et l'opportunité de l'opération.

Des accidents de péritonite localisée s'ensuivirent bientôt, et enfin de la suppuration profonde, par la formation d'un abcès au siège même de la fistule, près du rein. Une fièvre hectique menaçant le malade d'une mort inévitable et prochaine, M. Le Fort, encouragé par les succès obtenus en Allemagne en pareil cas, tenta de le sauver par la résection du rein. L'altération profonde des tissus environnants ne laissait que peu de chances de succès et rendit l'opération extrêmement laborieuse. En réséquant une large portion de la douzième côte, à l'exemple de Bruns et Czerny, il rencontra des adhérences et des indurations du tissu cellulaire, qui lui suggérèrent l'heureuse idée de procéder à la décortication du rein, pour triompher de ces complications. Innovation heureuse qui pourra être suivie plus tard, quand le rein se rencontrera placé dans une atmosphère celluleuse d'inflammation suppurée. Mais tous ces soins furent inutiles; des vomissements incessants survinrent aussitôt après l'opération, et l'opéré succomba cinquante heures ensuite.

Cet insuccès n'est donc pas une contre-indication à répéter cette opération, mais un enseignement pour la pratiquer plus tôt, dès que le diagnostic est bien établi. Il serait regrettable que les chirurgiens français reculassent devant une opération qui a donné plusieurs succès en Allemagne, a dit M. L. Labbé. (*Acad. de méd.*, 3 novembre.)

NÉPHRITES. Sur 2430 cas de néphrites constatés anatomiquement à l'amphithéâtre de l'hospice général de Vienne pendant les douze dernières années, le professeur Bamberger ne les distingue même pas en interstitielles et parenchymateuses; au point de vue pratique, elles diffèrent surtout, dit-il, par leurs transformations et leur forme mixte, et il les divise simplement en primitives et secondaires. Celles-ci sont les plus nombreuses et s'élevaient à 1623, dont 299 cas aigus, 805 chroniques et 357 atrophiques. 381 coïncidaient avec la tuberculose et la scrofule, 222 avec les altérations valvulaires du cœur, 152 avec la grossesse et la puerpéralité, etc.

Des 807 cas primitifs, 67 étaient aigus, 357 chroniques et 383 atrophiques. Cette division simple suffit à montrer la différence proportionnelle qui existe dans ces diverses formes, sans qu'elles soient plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. (*Volkmann Sammlung klin. Vorträge*, 1879.)

Troubles intellectuels. Il se manifeste parfois, dans le cours de la néphrite chronique, des accidents maniaques, délirants, qui, selon le début et les symptômes concomitants, peuvent être rapportés à l'intoxication urémique par rétention dans le sang des produits de dénutrition, mais qui, dans d'autres cas et par les lésions constatées à l'autopsie, paraissent entretenus, au moins secondairement, par des altérations locales du cerveau coïncidant avec celles du rein. Ce signe est donc toujours très grave et dangereux, car, des 10 observations collectées par M. W. Berger sur ce sujet, la mort en a toujours été la conséquence, sauf une exception.

Le professeur Hagen paraît avoir communiqué les premiers faits de ce genre à la Société médicale d'Erlangen en 1870. Il cite ainsi une femme de quarante-six ans qui, s'étant refroidie à la suite de contrariétés, fut prise d'un délire aigu terminé par la mort.

L'autopsie montra des reins contractés, atrophiés et parsemés de dilatations kystiques. Un homme atteint de gangrène pulmonaire et mort avec des phénomènes de mélancolie agitée, présenta également de l'hydronéphrose du rein droit et de l'atrophie granuleuse du gauche. Enfin un garçon de vingt-neuf ans, atteint d'une nécrose ancienne du bras, étant devenu albuminurique, présenta des signes de mélancolie active et succomba avec des phénomènes accusés d'urémie, des reins brightiques et une rate graisseuse. Mais l'exaltation religieuse antérieure de ce garçon atténue d'autant l'action directe de la néphrite.

A ce point de vue exclusif, le cas d'un ivrogne de soixante-treize ans, mort d'urémie à forme mentale et qui ne fut trouvé porteur que d'un rein à l'autopsie, n'est donc pas plus concluant que les précédents.

Celui du docteur Jolly, publié en 1873 dans la *Berliner klin. Wochenschr.*, est encore moins probant. Il s'agit d'une fille de dix-neuf ans qui, après un refroidissement, est prise

de céphalalgie, puis d'idées de mort. Elle tombe dans la stupeur et refuse de manger. En quelques jours, l'urine contient des quantités considérables d'albumine.

Dans son indifférence stupide, on est alors obligé de nourrir la malade avec la sonde œsophagienne. Il y a rétention d'urine et le cathétérisme est nécessaire. Néanmoins l'albumine diminue trois semaines après, quoique les troubles mentaux persistent avec hallucinations. Une amélioration lente a lieu, et tout rentre dans l'ordre.

Un sixième cas, observé par le docteur Scholz, de Brême, et publié dans le même journal en 1876, concerne un homme de quarante-trois ans, entré à l'hôpital pour une maladie de Bright, avec anasarque et urine albumineuse peu abondante. Hypertrophie du ventricule gauche, avec souffle systolique et rétinite albuminurique prononcée. Tous ces symptômes augmentaient, lorsqu'une attaque de manie aiguë éclate le huitième jour, avec exaltation bruyante et hallucinations. La dépression s'ensuit, avec persistance des hallucinations, délire de persécution. Mort dans le coma, le trente-quatrième jour, sans manifestations urémiques; mais les deux reins, contractés et granuleux à l'autopsie, y font rapporter exclusivement les troubles intellectuels, tandis que l'hyperémie et l'épaississement de la dure-mère, avec exsudat gélatineux récent étendu à la convexité des hémisphères, restent inexpliqués, lors que l'hypertrophie du ventricule gauche et l'insuffisance de la valvule mitrale sont rapportées à la maladie des reins. La complexité des symptômes ne permet donc pas encore d'être aussi affirmatif.

Trois faits analogues de manie brightique, urémique sont rapportés dans le *Journal of mental sciences*, en 1874, par le docteur Samuel Wilks, dont voici le résumé :

Employé de chemin de fer, manifestement atteint de néphrite interstitielle chronique, pris d'une manie violente pendant deux jours. Jeune femme, atteinte depuis longtemps d'une affection brightique, prise d'attaques épileptiformes et de manie aiguë qui oblige de la séquestrer. Léthargie ensuite, puis guérison. Une femme albuminurique, sur le retour, est prise subitement de furie et d'aliénation durant plusieurs semaines. Les reins sont trouvés atrophiés à l'autopsie.

Le docteur Savage a publié au mois de juillet dernier,

dans le même journal, le cas d'une institutrice de trente-cinq ans qui avait reçu précédemment un coup violent sur le côté droit de la tête. Après une excitation cérébrale morbide, elle tombe dans la stupeur. En août 1879, elle parle d'une manière incohérente avec hallucinations de la vue et de l'ouïe et crises cataleptiques. Douleurs dans la tête et les yeux surtout à droite. L'ophthalmoscope révèle de la névrite optique, surtout à droite. Vomissements, céphalée progressive, avec diminution proportionnelle des troubles psychiques. Urine abondante et très albumineuse.

En 1880, les troubles et les lésions optiques augmentent; il y a des battements de cœur énergiques avec pouls tendu, et, dès le 10 février, le coma se manifeste, avec déglutition impossible. Cet état se prolonge pendant deux mois, sans que la malade reprenne connaissance, et la mort survient dans les convulsions, le 10 avril, la tête entraînée à droite.

L'autopsie montre une adhérence légère de la pie-mère; pâleur de la surface cérébrale, circonvolutions aplaties, hydropisie séreuse des ventricules latéraux, pas de tumeurs ni d'hémorrhagies autres que deux petites extravasations sanguines sur le pont de Varole. Artères de la base athéromateuses. Cœur gros, ventricule gauche hypertrophié, reins petits, capsule adhérente, surface granuleuse, avec écorce contractée. On ne peut donc voir là qu'une affection cérébrale idiopathique.

Beaucoup plus probant est le fait observé par le docteur Hasland, sur un garçon de dix-neuf ans, entré à l'hôpital de Copenhague, le 6 septembre 1874, avec tous les signes d'une néphrite chronique : œdème, vomissements, douleurs lombaires, urines albumineuses et cylindres. Le régime lacté améliore cet état d'abord, lorsqu'une recrudescence grave survient à la fin d'octobre, avec céphalalgie, ascite, somnolence, puis convulsion. Accès subit de délire et d'angoisse, avec hallucinations. Cet état se prolonge jusqu'au 15 mars, avec de fréquents accès de manie furieuse, l'œdème et l'ascite persistant.

Le calme revient cependant, et le malade sort avec de l'œdème et un peu d'affaiblissement de la mémoire. Néanmoins, après des alternatives de mieux et de pire, une nouvelle crise d'urémie survient et le malade succombe dans le collapsus, sans convulsions ni délire.

Au lieu du délire passager de l'urémie, c'était donc encore ici une véritable manie aiguë prolongée, ayant pour caractère une voracité et une saleté extrêmes. Si l'œdème du cerveau, produit par l'urémie, suivant la théorie de Traube, peut l'expliquer, comment les accidents de cet ordre sont-ils si rares? L'attention doit donc être fixée pour élucider ces deux points contradictoires. (*Schm. Jahrb.* et *Archiv. de méd.*, décembre.) Voy. GROSSESSE.

Néphrite interstitielle. *Hypertrophie cardiaque consécutive.* Le cœur rénal existe beaucoup plus souvent qu'on ne le suppose, suivant MM. Debove et Letulle, parce que les troubles et les lésions du cœur attirent beaucoup plus l'attention des malades et des médecins que ceux du rein, surtout au début. La période primitive ou rénale passe souvent inaperçue, tandis qu'à la période suivante ou cardiaque les altérations du cœur dominent tellement la scène morbide que l'on néglige celles du rein; d'autant plus que les phénomènes, les accidents produits se confondent ensemble et sont facilement rapportés au cœur, aux affections valvulaires surtout et mitrales en particulier. De là bien des méprises et la rareté prétendue de la néphrite interstitielle, dont on en confond les caractères ultimes avec ceux de la néphrite parenchymateuse, comme la diminution de la quantité des urines, des œdèmes considérables, une albuminurie intense. Les symptômes du début, au contraire, sont la polyurie, une albuminurie légère, des œdèmes passagers et peu prononcés. C'est alors que se prépare l'hypertrophie cardiaque par la néoformation conjonctive des vaisseaux, si bien étudiée et décrite par Gull et Sutton, et qui, en se propageant, atteint jusqu'au cœur, en commençant par le ventricule gauche et en s'étendant ensuite aux parois des autres cavités.

Cette hyperplasie conjonctive latente serait donc la cause de l'hypertrophie musculaire, toujours plus prononcée à gauche qu'à droite, où elle peut même manquer si le malade succombe de bonne heure à l'urémie. Autrement, les symptômes observés sont des palpitations fréquentes, pénibles, paroxystiques, constituant, d'après M. Lecorché, une véritable souffrance pour les malades, surtout la nuit; des irrégularités et des intermittences du cœur, se traduisant par

le pouls et pouvant faire croire à une affection mitrale sans souffle, d'autant plus que l'œdème et la congestion pulmonaire sont très prononcés et la dyspnée intense. Une douleur dans l'hypocondre droit à la pression annonce le foie cardiaque, que l'on trouve de couleur muscade, accusant la même sclérose interstitielle que dans le rein. A l'œdème léger des joues et des paupières se joignent l'anasarque et même l'ascite, puis la diminution des urines et de l'albuminurie. (*Archiv. de méd.*, mars.)

Huit observations cliniques suivies d'autopsies confirment cette interprétation, au moins en partie, car aucune statistique ne montre autrement la fréquence de cette néphrite. Les auteurs ne l'admettent que par induction et comme une preuve de son existence distincte, séparée de la néphrite parenchymateuse, la néphrite mixte leur paraissant presque un mythe. Telle est la valeur de leur démonstration. L'hypertrophie cardiaque ne saurait même contribuer à la faire admettre, puisqu'elle n'existe pas dans la néphrite interstitielle des vieillards, comme on va le voir.

Mort subite. Elle survient fréquemment par syncope, selon MM. Debove et Capitan, sans qu'il existe aucune lésion valvulaire du cœur. Trois cas en ont été recueillis par eux à Bicêtre, où la mort subite n'est pas rare. L'autopsie montra une néphrite interstitielle et une hypertrophie ventriculaire coïncidente. Aucun signe cardiaque ne s'était montré pendant la vie. La mort n'a été précédée d'aucun accident et ces hommes avaient été bien portants jusque-là. Elle ne peut donc être rapportée qu'au cœur et non aux reins.

A l'autopsie d'une femme morte subitement, M. Landouzy ne trouva également rien au cerveau. Il y avait seulement une hypertrophie considérable du ventricule gauche et les lésions très nettes de la néphrite interstitielle. (*Soc. méd. des hôp.*, juillet.)

Fréquence chez les vieillards. Cette forme paraît exister chez la plupart des vieillards, sinon chez tous, comme l'œil perçant de Rayer l'avait bien vu. En 1831, dit-il dans son *Traité des maladies des reins*, j'ai examiné avec M. James Young presque tous les reins des vieillards des deux sexes, morts dans le cours de cette année à l'hospice de Bicêtre

et à celui de la Salpêtrière, et je déclare que presque tous ces reins offraient des lésions matérielles. Il décrit ainsi l'atrophie, les kystes et l'état lobulé du rein à l'état macroscopique, et, suivant les idées régnantes, il attribue ces lésions à l'inflammation provoquée par les maladies de la prostate, de la vessie, des ovaires et de l'utérus, aux rétentions d'urine, aux paralysies complètes ou incomplètes, etc. Et, loin d'attribuer cette atrophie à la sénilité, il prétend que les reins sont généralement aussi pesants que dans l'âge viril, mais sans donner aucune preuve mathématique des pesées. (I, *page* 423.)

Tout en constatant la fréquence de cette atrophie rénale chez les vieillards, les auteurs n'ont voulu y voir, comme Rayer, qu'une cause morbide accidentelle, et l'ont rattachée ainsi à l'artérite, à l'athérome existants. L'absence de symptômes, l'albuminurie en particulier, ne pouvait les éclairer. L'ardeur de la discussion sur les lésions anatomo-microscopiques différentielles de la néphrite parenchymateuse occupait exclusivement les esprits et éloignait leur attention de l'observation clinique. L'altération atrophique du rein est chose fréquente chez les vieillards, dit M. Charcot dans ses leçons de 1877, mais sans la rapporter explicitement à sa véritable cause, l'état sénile, car il ne corrige nullement son assertion précédente, conforme à celle de Rayer, que les reins sont aussi pesants que dans l'âge viril. (*Maladies des vieillards.*)

Sur 39 autopsies faites par le docteur E. Demange, assisté de M. Sadler, à l'hôpital Saint-Julien de Nancy, sur des vieillards de soixante-cinq à quatre-vingt-cinq ans et au delà, morts d'affections diverses sans rapport direct avec la néphrite interstitielle, il s'est rencontré 34 fois une sclérose rénale bien accentuée et à des degrés variables. Dans 3 autres cas, elle était à peine marquée, et, dans les 2 autres seulement, les reins étaient normaux. Aucun de ces malades n'avait succombé à des accidents urémiques, ni présenté aucun symptôme se rattachant à la néphrite interstitielle. Tous les sujets emportés par des accidents de rétention urinaire ou de cystite chronique, de calculs ou de lésions de la prostate, ont été soigneusement éliminés de ces observations.

Anatomiquement, ces reins séniles ressemblaient à la

néphrite interstitielle arrivée à sa dernière période, l'atrophie. Cette diminution de volume et le changement d'aspect extérieur sont frappants; mais des pesées exactes, faites dans 23 cas, ont établi ce fait mathématiquement.

Isolés de leurs adhérences, ces 46 reins ont donné un poids moyen de 99 gr. 7 pour le rein droit et de 105 gr. 8 pour le gauche. La moyenne totale est donc de 102 gr. 75 au lieu de 171 grammes, fixé par M. Sappey comme le poids du rein physiologique de l'adulte; soit 68 gr. 25 de différence.

La mensuration, pratiquée sur 24 de ces reins, donna une longueur moyenne de 10 c. 7 sur 4 c. 8 de largeur pour le rein droit et de 10 c. 8 de long sur 5 c. 8 de large pour le gauche. Soit une différence de 2 à 5 centimètres sur la longueur et 1 à 2 sur la largeur avec le rein normal.

La section longitudinale de ces reins a montré la cavité du bassinet souvent dilatée, remplie ordinairement d'une quantité de tissu adipeux si considérable qu'elle équivalait de 15 à 25 grammes dans les plus volumineux. L'atrophie du parenchyme est donc encore beaucoup plus grande qu'elle ne le paraît. Sa diminution ainsi calculée peut être évaluée à un tiers du poids physiologique, et la preuve qu'elle est un effet tout simple de la sénilité, c'est qu'elle porte également sur les deux reins, puisque, dans le volume comme dans le poids, le gauche était toujours au-dessus du droit, comme à l'état physiologique.

Pâle et anémique, ce rein sénile, plutôt jaune que brun, est granuleux, lobulé avec un certain nombre de petits kystes saillants à sa surface. La capsule très adhérente, surtout dans les sillons, s'en détache difficilement. La consistance est si augmentée que le tissu, dur et élastique comme du caoutchouc, se laisse difficilement entamer par l'ongle. La substance corticale, diminuée d'épaisseur, est réduite par endroits à une bandelette gris-jaunâtre de 2 à 3 millimètres. Les artères sont constamment athéromateuses, et les lésions portent à la fois sur les glomérules, les tubes, les vaisseaux et le tissu conjonctif, comme le montrent les résultats d'un examen histologique complet et minutieux.

C'est donc là manifestement un effet de l'âge, une sclérose ou hyperplasie sénile, plutôt qu'une néphrite morbide. MM. Demange et Sadler l'ont confirmé en examinant

31 vieillards de soixante-dix à quatre-vingt-onze ans, pris au hasard parmi les pensionnaires de l'hospice, quant aux symptômes pouvant dépendre d'une néphrite interstitielle latente. Une observation répétée pendant quinze jours à trois semaines, à ce point de vue, avec l'analyse et la mesure des urines, a montré qu'il n'existe ni polyurie, ni densité exagérée ou affaiblie de l'urine, pas plus que d'excès ni de diminution de l'urée ni des autres principes fixes, et surtout pas d'albuminurie ni d'œdème généralisé. L'albumine ne s'est jamais rencontrée en quantité suffisante pour être dosée. Des 4 sujets albuminuriques, 3 étaient atteints d'une insuffisance mitrale, expliquant mieux cette complication que la néphrite latente. Cette sclérose rénale ne se décèle donc par aucun signe appréciable pendant la vie; la mort seule en révèle l'existence et les caractères.

Elle ne s'annonce pendant la vie que par l'athérome généralisé du système artériel. Sur les 37 cas de rein sénile, observés à l'autopsie, l'athérome de l'aorte n'a manqué que trois fois, et encore, dans l'un de ceux-ci, les artères rénales étaient très athéromateuses. Au contraire, dans les deux autopsies avec reins normaux, cet athérome artériel manquait complètement.

Une hypertrophie du ventricule gauche permet aussi de la prévoir. Elle s'est rencontrée 23 fois avec l'athérome de l'aorte dans les 37 cas de rein sénile les plus prononcés. Il n'y a eu qu'une seule exception à cette règle. Des 31 vieillards vivants mis en observation, 25 présentaient également une hypertrophie cardiaque notable. Mais l'augmentation de volume et de poids du cœur, surtout à gauche, au-delà de soixante ans, excepté chez les tuberculeux, ôte une certaine valeur à cette coïncidence.

L'atrophie du foie a coïncidé aussi, dans 18 cas, avec le rein sénile. Le poids moyen de cet organe était descendu à 1099 grammes au lieu de 1451, qui est le poids normal. C'était une sclérose atrophique du lobule hépatique, analogue à celle du rein, preuve nouvelle que ces diverses altérations coïncidentes sont simplement le résultat de l'âge et non de la maladie. (*Revue méd. de l'Est*, nov. et déc. 1879.)

Contribution à l'étude du rein sénile. Thèse inaugurale, par le docteur Sadler. Nancy, 1879.

Néphrite cantharidienne. Le premier effet de l'empoisonnement aigu des lapins par la cantharidine est une néphrite spéciale, envahissant tous les éléments presque à la fois, interstitielle et parenchymateuse, bien que le parenchyme soit envahi le premier. (Voy. EMPOISONNEMENT.) Continuée à faible dose pendant un certain temps, elle détermine au contraire des lésions identiques à l'albuminurie, due au refroidissement ou aux maladies infectieuses comme la diphthérie, la scarlatine, etc.

En concluant de cette identité de lésions par le mécanisme observé dans la néphrite cantharidienne, M. Cornil admet que le phénomène essentiel de la néphrite albumineuse consiste dans le passage à travers les vaisseaux glomérulaires des parties constituantes du sang, plasma, globules rouges et leucocytes. Tel est du moins le premier effet de l'empoisonnement aigu par la cantharidine. Il serait impossible de distinguer au microscope le rein d'un chien ainsi empoisonné avec celui d'un enfant mort avec de l'albuminurie diphthéritique.

Dans cette néphrite expérimentale, le tissu conjonctif n'est pas lésé; il sort des vaisseaux glomérulaires et capillaires du liquide des globules rouges et blancs, comme dans toute inflammation exsudative; mais les altérations consistent surtout dans les lésions de l'épithélium qui tapisse les voies d'excrétion de l'urine. Il la rapproche donc de la néphrite parenchymateuse, bien que des cellules migratrices se rencontrent dans le tissu conjonctif. A la rigueur, c'est donc une néphrite mixte ou totale.

Cet exemple, dit-il, comme la plupart des autres, montre la subtilité de la distinction absolue des néphrites; les néphrites mixtes sont les plus communes. Il n'existe pas de néphrite albumineuse interstitielle sans que l'épithélium des tubes contournés soit profondément modifié, ni sans qu'il s'échappe un exsudat des tubes urinifères; d'autre part, les néphrites parenchymateuses ayant duré un certain temps offrent constamment une atrophie fibreuse de quelques tubes glomérulaires, un épaississement de la paroi hyaline des tubes, et une sclérose du tissu conjonctif. (*Acad. des sciences*, janvier et mars, et *Journ. d'anatom. et physiol.*, n° 5.)

NÉPHRO-LITHOTOMIE. C'est l'extraction d'un calcul du rein par l'incision lombaire. Ainsi appelée par M. H. Morris, pour la distinguer de l'incision du rein pour l'extraction du liquide accumulé à l'intérieur par abcès, calcul ou tubercule, à laquelle ce nom a été injustement appliqué autrefois. Les chirurgiens se sont universellement opposés à cette extraction quand le calcul n'était pas placé dans le bassin t dilaté, par crainte du danger d'une hémorrhagie fatale résultant de l'incision du tissu rénal. L'observation suivante prouve que cette crainte n'est pas fondée, que cette opération est très faisable et peut être exécutée avec succès.

Une servante de dix-neuf ans, de très petite stature et ayant une peau remarquablement dure et écailleuse, entre pour la troisième fois à l'hôpital Middlesex, le 20 décembre 1879, pour la récidive des douleurs rénales dont elle souffre depuis huit ans et qui l'y ont déjà amenée en septembre 1878 et avril 1879. Elles règnent dans le côté droit et s'accompagnent de nausées et vomissements, avec urines brunes, noirâtres, qui vont en s'accroissant sans cesse ; sensibilité dans le flanc droit sans gonflement au toucher. Urines acides ne contenant que du sang. Elles s'éclaircissent sous l'influence du repos, mais la douleur névralgique persiste. C'est alors que le docteur Coupland, — instruit par l'opération de Marchetti sur le consul anglais Hobson et six autres cas où il suffit de mettre le rein à nu pour faire cesser des douleurs rénales semblables et par deux autres révélés par la discussion — anesthésia la malade, de son consentement, le 11 février dernier, et découvrit le rein droit par une incision oblique dans la région lombaire. L'index introduit, en passant sur la surface postérieure du rein, y perçut une saillie près du hile. Un bistouri boutonné fut glissé aussitôt sur le doigt et incisa la substance rénale sur cette projection, et un calcul triangulaire, mûriforme, en fut immédiatement extrait. Il pesait 31 grains, soit plus de 2 grammes.

Aucune hémorrhagie n'eut lieu. L'extrémité supérieure de l'uretère n'était pas dilatée, et, aucun calcul n'étant perceptible ailleurs, on s'en tint là. La plaie fut fermée par trois sutures et un drain inséré entre elles. L'urine cessa de couler par la plaie dès le 4 mai, et les douleurs, ayant cessé aussitôt après l'extraction du calcul, n'ont pas reparu depuis ; la guérison est donc parfaite.

Un pareil succès mérite l'attention des chirurgiens, pour renouveler cette opération au besoin. Les succès de la néphrectomie la justifient beaucoup mieux aujourd'hui par les incisions préalables du tissu rénal faites dans plusieurs cas, comme dans la seconde observation de Czerny. (Voy. NÉPHRECTOMIE.) L'incision lombaire est peu de chose, dit M. Cl. Lucas, et l'incision du rein n'a rien de dangereux. Une objection plus sérieuse est la possibilité d'une fistule urinaire permanente et il s'agirait de viser à la prévenir en plaçant l'opéré dans une position convenable.

Quant au diagnostic du calcul, M. Barker a montré qu'il est possible de l'établir sûrement par une ponction exploratrice dans un cas analogue. (Voy. CALCULS RÉNAUX.) Dawson en a diagnostiqué un autre de la même manière, et Peters n'a pas agi autrement. Des symptômes de calcul rénal existant, il en vérifia la présence en enfonçant un trocart avec sa canule dans le rein. Et, rencontrant une pierre, il laissa la canule en place, dilata l'ouverture jusqu'à admettre l'index, et, introduisant un lithotriteur, il saisit le calcul et en fit l'extraction. La fistule guérit ensuite parfaitement. (*Berl. med. Woch.*, septembre.)

La relation de ce fait incita M. Barker à tenter directement l'extraction, comme M. Coupland. Le rein fut découvert et incisé. Mais le calcul était si volumineux et ramifié qu'il n'en put extraire que des fragments. Du pus même s'échappa. Il tenta l'excision totale de l'organe, et l'opéré succomba. (*Clinical Society*, 22 octobre.)

Cet ensemble de faits témoigne hautement que cette nouvelle opération est à l'ordre du jour, puisque des tentatives en ont été faites simultanément en Allemagne et en Angleterre et qu'un brillant succès l'a couronnée ici.

NÉVRALGIES. *Symétrie chez les diabétiques.* C'était dans les nerfs dentaires inférieurs et dans les sciatiques qu'elles ont été observées par le docteur Worms, chez deux diabétiques. Leur caractère symptomatique est une intensité spéciale, en rapport exact avec l'intensité de la glycosurie et qui en marque toutes les variations. Leur résistance au traitement habituel en est un autre caractère qui montre bien leur nature spécifique. Il reste à vérifier si ces douleurs ne sont pas provoquées par des incrustations de

glycose dans le névrilème ou les centres nerveux, analogues à celles d'urate de soude observées dans la goutte.

La fréquence bien connue des névralgies dans le diabète tend à affirmer qu'elles en dépendent, dit M. Hardy, mais jamais je ne les ai rencontrées symétriques et deux faits sont insuffisants pour en faire un phénomène symptomatique de cette grave affection. La névralgie bilatérale *peut être* un symptôme de diabète sur lequel les praticiens doivent fixer leur attention pour le diagnostic, mais il serait prématuré de l'établir aujourd'hui comme tel. (*Acad. de méd.*, septembre et décembre.)

Névralgie faciale. *Pathogénie.* Deux hypothèses sont en présence, d'après M. Cartaz : l'irradiation par les anastomoses périphériques, et l'irradiation d'un centre sur un autre centre contigu. Dans le premier cas, les névralgies de la face s'irradieraient vers le plexus cérébral par la périphérie. Mais les expériences concluantes de MM. Laborde et Math. Duval, en prouvant que le centre du trijumeau est très voisin et presque juxtaposé aux nerfs cervicaux, tendent à ne laisser au contraire que la dernière hypothèse debout. En ce qui concerne le trijumeau en particulier, sa racine sensitive ou bulbaire est reliée au point d'origine des nerfs cervicaux par un cordon de fibres très excitables et très sensibles, qui constitue un centre vaso-moteur agissant à la façon du cordon sympathique cervical. (*Soc. de biologie*, novembre 1879.)

Ligature de la carotide primitive. Un homme de cinquante ans, atteint depuis plusieurs années d'une névralgie des trois branches du facial droit et contre laquelle toutes les dents de ce côté avaient été successivement extraites sans soulagement, était entré à l'hôpital allemand de Philadelphie, au mois d'octobre dernier. Le docteur Ferdinand Gross, s'étant aperçu que la pression sur la carotide primitive suspendait les douleurs atroces auxquelles ce malheureux était en proie presque constamment , résolut de tenter la ligature redoutable de cette artère, selon le conseil de Nussbaum. Deux ligatures furent ainsi appliquées sur le tronc principal, et le soulagement immédiat qui en résulta, quoique interrompu par de légers et courts élan-

cements douloureux pendant quinze jours, fut suivi d'une guérison complète. Un mois après, une pneumonie survint par un refroidissement pris en sortant de l'hôpital; mais la guérison s'ensuivit, sans que les accès spasmodiques douloureux aient reparu. (*Boston med. and surg. journal*, 11 novembre.)

Etirement du nerf facial. Cette opération, moins dangereuse que la précédente, a été pratiquée pour la première fois en Angleterre, le 20 juillet, par M. Godlee sur une femme de soixante-douze ans, atteinte depuis six ans d'un spasme nerveux de tous les muscles du côté droit de la face ayant résisté jusque-là à tous les moyens. Une incision partant derrière l'oreille, au niveau du méat externe, alla jusque près de l'angle du maxillaire. Le sterno-mastoïdien et la parotide furent refoulés de chaque côté opposé, en mettant à découvert le bord supérieur du digastrique, près duquel le nerf fut trouvé émergeant du trou stylo-mastoïdien. Soulevé sur le stylet avec une force modérée, il détermina, après une certaine élongation, une paralysie complète du côté droit de la face. Pansée antiseptiquement, la plaie se cicatrisa, sans une goutte de pus ni le moindre trouble.

Peu de jours après, des douleurs reparurent à droite et en différentes parties de la tête, malgré la paralysie persistante. Dès le 19 octobre cependant, la face était presque symétrique, malgré l'insuffisance du mouvement des muscles à droite. Mais chaque semaine amena ensuite une légère amélioration, et la guérison était complète un mois après. (*Soc. clinique de Londres*, 12 novembre.)

C'est le cinquième exemple de cette opération, pratiquée trois fois en Allemagne et une fois aux États-Unis par le docteur J. Putnam. La paralysie temporaire en résulta constamment durant quinze jours dans le cas de Baum et cinq mois dans celui d'Eulemberg. Elle varie donc probablement suivant le degré d'étirement. Chaque fois, elle a été efficace, et le tic douloureux a disparu, tandis que cette élongation des nerfs contre le spasme d'autres régions n'a pas eu le même effet, ce que l'auteur attribue à l'origine unique du nerf lésé et à une lésion même du centre cérébral d'où il émerge. Mais c'est encore là une simple supposition, contredite par d'autres faits montrant que la lésion peut exis-

ter sur le trajet même du nerf ou l'une de ses branches, comme la discussion l'a établi. (*Lancet*, 20 novembre.)

Nitrate d'aconitine. Il fait merveille dans toutes les névralgies faciales rebelles non symptomatiques d'une lésion cérébrale, d'une carie du rocher ou d'une carie dentaire, c'est-à-dire celles qui sont dues à une inflammation ou congestion du nerf ou qui succèdent à une impression du froid. M. Mary publie ainsi 8 cas de névralgie faciale traités avec succès par le nitrate d'aconitine; dans quelques-uns d'entre eux, la maladie remontait à plusieurs années, et toute autre médication s'était montrée impuissante.

On a employé le nitrate d'aconitine en injections hypodermiques ou sous la forme de granules. Ces deux modes d'administration donnent les mêmes résultats; cependant l'emploi des granules est beaucoup plus commode pour le praticien et le malade. Voici l'indication des formules constamment adoptées :

1° Solution pour injections hypodermiques :

Nitrate d'aconitine.....	25 milligrammes.
Eau distillée.....	50 grammes.

2° Granules de nitrate d'aconitine :

Nitrate d'aconitine.....	25 milligrammes.
Sucre de lait.....	Q. S.
Gomme arabique.....	
Sirop simple.....	

F. S. A. 100 pilules contenant chacune 1/4 de milligramme. On donne un granule toutes les quatre heures, sans dépasser la dose maxima de quatre granules dans les vingt-quatre heures. (*Soc. de biol.* février.)

Tonga. Un habitant des îles Fidji ayant remis au professeur Sydney Ringer et au docteur Murrell, de Londres, une poudre employée sous ce nom depuis trois siècles par les indigènes contre les douleurs névralgiques, ceux-ci, sans pouvoir en déterminer la nature, en ont préparé un extrait, qu'ils ont expérimenté sur 8 névralgiques, à la dose de 4 grammes trois fois par jour, une demi-heure avant chaque repas. Les douleurs disparurent rapidement chez six malades et

diminuèrent chez le septième. Un seul résista. Ce remède serait d'autant plus précieux qu'il ne produit aucun changement de la pupille, ni de la salive, ni de la transpiration. L'intérêt serait donc de le connaître et de s'en procurer. (*Lancet*, 6 mars.)

O

OBSTRUCTION. *Paralysie intestinale.* L'obstruction intestinale peut être simulée par l'atonie et la paralysie d'une portion de l'intestin donnant lieu à tous les symptômes sinon de l'étranglement interne, au moins d'un obstacle absolu au cours des matières fécales. Les accidents se développent lentement et succèdent d'ordinaire à une constipation habituelle, une grande paresse de l'intestin, qui se rencontre souvent chez les femmes âgées. L'absence de vomissements en est le meilleur caractère différentiel, et il est d'autant plus important de tenir compte de ce signe qu'à l'exclusion de tous les autres : absence absolue de selles, tympanite considérable, coliques douloureuses, refroidissements, il marque une conduite toute différente. Les vomissements étant l'une des manifestations les plus constantes d'un obstacle siégeant dans l'intestin grêle, leur absence indique tout d'abord que l'obstacle est plus bas, c'est-à-dire dans une portion quelconque du gros intestin, et que c'est exclusivement là qu'il faut agir.

Une vieille femme, placée dans la clinique chirurgicale de la Charité, était atteinte d'obstruction intestinale depuis douze jours, sans vomissements. Le professeur Gosselin, après avoir lutté avec persévérance et énergie contre les accidents par les douches ascendantes et les drastiques, pratiqua enfin une incision exploratrice dans la région lombaire droite, où les douleurs étaient plus vives, pensant trouver là un anneau sarcomateux ou épithéliomateux du gros intestin. On ne trouva rien, au contraire, et le côlon fut ouvert pour donner passage aux matières. Mais un érysipèle traumatique gangréneux survint bientôt et emporta l'opérée.

L'autopsie, faite avec soin, ne découvrit aucune lésion mécanique quelconque : bride, coude, adhérence ni anneau

cancéreux. L'épiploon était réduit ; absence de liquide étranger et de matières fécales dans le péritoine, pas d'épanchement séreux ni purulent. Pas d'exsudat ni de fausses membranes ; aucune adhérence avec le tube intestinal. A peine est-il hyperémié et vascularisé, c'est-à-dire pas de péritonite adhésive, hydropique ni purulente.

Pas la moindre perforation de l'intestin ni aucun amincissement de ses parois. Mais toute la portion droite et la portion transversale du gros intestin, c'est-à-dire, à partir du cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse, ainsi que la plus grande partie du côlon descendant, étaient modérément dilatées par des gaz. Cette dilatation n'était rien ou peu de chose, auprès de la distension énorme de l'S iliaque, devenu beaucoup plus ample, plus flexueux et plus long, distension qui lui donnait un volume triple de l'état ordinaire, et telle qu'il dépassait, dans sa migration, la ligne médiane, se dirigeant vers la fosse iliaque droite.

Cette ampliation n'a pu s'effectuer que par suite d'un obstacle mécanique situé au-dessous et ayant produit l'obstruction de l'intestin, comme la présence d'un corps étranger, l'existence de brides, suite d'anciennes adhérences réunissant plusieurs anses intestinales, ou la présence d'un anneau sarcomateux.

En l'absence de ces obstacles, on ne peut comprendre ni expliquer cette obstruction que par l'inertie, la paralysie intestinale, l'intestin se continuant en ligne droite avec le rectum dans cette partie. Autrement, il faudrait admettre qu'une coudure morbide s'est effacée par le transport du cadavre à l'amphithéâtre. A défaut de cette obstruction mécanique, elle ne peut résider que dans l'état adynamique de l'intestin, comme l'admettait M. Henrot, dès 1865, dans sa thèse remarquable sur les *pseudo-étranglements*. Il est parfois si profond que, malgré une réduction parfaite de la hernie, les opérés succombent par défaut de contraction de l'intestin, mais alors on trouve ordinairement une péritonite adhésive infléchissant les anses de l'intestin grêle, les empêchant de se déplisser, pour expliquer cette inertie.

Il faut donc faire intervenir l'élément paralysie, atonie ou inertie, de l'intestin, pour expliquer ces faits insolites d'obstruction intestinale et qui se traduisent par des phénomènes réflexes ou des accidents locaux. Il faut se souve-

nir dans la pratique que l'arrêt des matières dans le gros intestin peut être du à une paralysie de cet organe plutôt qu'à un obstacle mécanique, et qu'à l'autopsie on ne découvre absolument aucune lésion. (*Revue méd.*, 10 avril.)

De là l'indication thérapeutique, avant de pratiquer l'entérotomie, d'appeler à son aide tous les moyens capables de combattre l'obstruction intestinale et de redresser la coudure qui pourrait exister : les drastiques, la douche ascendante avec la sonde rectale ou œsophagienne même. Le massage et l'électricité peuvent aussi, essayés avec ménagement, contribuer à produire des contractions de l'S iliaque. Mais il est un moyen topique plus sûr et radical : c'est la ponction capillaire de l'intestin dans la portion tympanisée, dont voici un exemple de succès remarquable.

Mme de S..., sexagénaire, sans garde-robe depuis huit jours, malgré les pilules Dehaut, la magnésie et le sel de Chanteaud, des lavements au miel de mercuriale, etc., appelle le docteur Leblois, le 12 octobre dernier. Cette constipation avait été précédée d'un état légèrement diarrhéique (2 à 3 selles par jour), durant plusieurs semaines.

État général excellent : bon visage, nulle oppression, pas de fièvre, pouls normal, ni nausées ni vomissements, appétit conservé dans une certaine mesure.

Ventre très développé et uniformément arrondi, tendu jusqu'à la dureté, mais non douloureux, résonnant exagérément et faisant entendre des borborygmes incessants, voire même un véritable gargouillement.

Le toucher rectal décèle un volumineux bol fécal, qui est divisé séance tenante et extrait en partie. Croyant l'obstacle enlevé, on se borne à prescrire du café, du bouillon additionné de graines de lin et des lavements purgatifs.

Aucun soulagement ne se manifeste pendant les quatre jours suivants, quoique la présence de quelques graines de lin dans les matières liquides rendues avec les lavements donne la preuve qu'il n'y a pas occlusion. Une tasse de café au séné est rendue aussitôt; c'est le seul vomissement survenu pendant les trois semaines qu'a duré cet état.

Le malaise augmentant, une consultation a lieu, le 20 octobre, avec le docteur Dezanneau, qui constate une tympanite au plus haut degré.

La question de la ponction intestinale fut agitée, mais ré-

servée, et l'on prescrit l'huile de ricin, boissons glacées et douches rectales froides avec la sonde œsophagienne.

Le 25 octobre, les gargouillements sont devenus plus bruyants que jamais, et les borborygmes ont acquis un timbre métallique témoignant de l'extrême tension des gaz et de l'excessive dilatation de l'intestin, réellement paralysé de ce chef. Un peu d'oppression survenant, la ponction fut décidée et exécutée le lendemain, dans l'espérance que l'intestin, débarrassé des gaz qui l'emplissaient, pourrait recouvrer sa tonicité.

La malade étant dans le décubitus dorso-latéral droit, le chirurgien enfonça le trocart Dieulafoy n° 1 dans le point le plus sonore de l'abdomen, un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. La canule, mise en communication avec un tube élastique plongeant dans une cuvette d'eau, donna issue tout d'abord à un petit volume de gaz. La canule, un peu retirée et réarmée du poinçon, fut replongée dans une nouvelle direction, oblique de bas en haut. Un bruit, appréciable à distance, fit juger que l'instrument avait dû pénétrer dans une anse servant de véritable collecteur. Un dégagement de gaz, à peu près inodore, durant plus de dix minutes, amena un complet affaissement du ventre, comparable à celui d'un ascitique qui vient d'être vidé : ce qui, en procédant par comparaison, permet d'évaluer à au moins 8 à 10 litres la quantité de gaz évacué.

Moins d'une heure après, spontanément, Mme de S... avait une garde-robe solide, suivie de huit autres liquides, dans les douze heures, et n'eut plus désormais qu'à récupérer ses forces épuisées et son embonpoint, ne prenant d'autre médicament que du charbon, pour combattre une certaine tendance à la reproduction du météorisme.

Le 14 novembre, l'opérée quittait la campagne, complètement guérie, et sans avoir éprouvé de son opération le moindre accident. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, août.)

Ces cas sont probablement plus communs que l'on ne pense, car il peut arriver que l'obstruction disparaisse spontanément par le mouvement, l'exercice ou l'ingestion de quelques excitants, sinon de causes extérieures. C'est un danger de la constipation habituelle, surtout avec rétention des gaz.

Plus étonnant encore est l'exemple relaté par le docteur

Lambart, de Liverpool. C'était chez un vieillard de soixante-quatre ans, habituellement constipé, qui, ne pouvant aller à la garde-robe, le 11 septembre, prit des pilules de rhubarbe, suivies le lendemain et le surlendemain de trois à quatre purgatifs qui restèrent tous également sans effet. Appelé le 15, le docteur Lambart constata une tympanite considérable, avec borborygmes et des vomissements toutes les dix minutes. Un lavement savonneux amena le lendemain une déjection de scyballes. Les vomissements continuant, des injections morphinées furent dès lors pratiquées tous les jours, pour calmer les douleurs et obtenir du sommeil, et, jusqu'au 17 octobre suivant, le malade n'eut aucune selle. Pendant trente-neuf jours consécutifs, il ne rendit que les scyballes provoquées par le lavement savonneux. Quelques gaz s'échappaient pourtant dans les efforts de vomissements, comme pour montrer qu'il n'existait pas d'étranglement, et les vomissements, au lieu d'augmenter, diminuaient de plus en plus, sous l'influence des doses croissantes de morphine. On crut, comme M. Gosselin, à la présence d'une tumeur formant obstacle aux déjections, sans soupçonner la paralysie intestinale, que les injections de morphine, répétées tous les jours, ne pouvaient qu'augmenter et entretenir.

Heureusement, la tympanite devint si considérable qu'elle fit un devoir au chirurgien d'intervenir. Owen Thomas pratiqua une ponction capillaire et, les jours suivants, il n'y eut ni vomissements ni déjections de gaz. Mais ceux-ci se formèrent de nouveau et obligèrent de revenir à la ponction à plusieurs reprises. C'est sous l'influence de ces ponctions, et sans soupçonner la véritable nature de l'obstacle, qu'une petite quantité de liquide noirâtre fut suivie le lendemain d'une énorme débâcle. Le patient fut débarrassé et ne tarda pas à se rétablir, sans que ni lui ni ses médecins aient seulement pensé à la cause réelle de cette obstruction passagère. (*Lancet*, n° 26, juin.)

Aspiration exploratrice. Nouveau moyen de préciser le siège de l'obstruction, quand les moyens physiques ne permettent pas de le reconnaître, afin de ne pas ouvrir l'intestin au-dessous. C'était le cas chez une femme de quarante-trois ans, enceinte de sept mois, et dont les garde-robes, mêlées parfois de sang et de mucus, avaient été irrégulières

depuis six mois. Le 20 avril dernier, n'ayant pas été à la selle depuis cinq jours, malgré des purgatifs, et étant prise de vomissements, le docteur Maclaren, de Carlisle, fut appelé. Dès le lendemain, une fausse couche eut lieu, sans modifier les autres accidents, malgré les moyens employés. Persistance des vomissements, avec abdomen dur et distendu, pouls petit, urines abondantes.

Le 23 avril, huit jours après la dernière selle, le ventre est uniformément tympanitique et résonnant, sans aucune dureté ni tumeur appréciable. Les lavements sont rendus sans matières. Pas de vomissements fécaloïdes, aucune apparence de cachexie, la malade étant grasse et vigoureuse. Si incertain était le siège de l'obstruction, que, hésitant à ouvrir l'intestin près du cæcum ou à pratiquer la côlotomie, M. Maclaren, dans la crainte de pratiquer l'ouverture au-dessous du rétrécissement, résolut de plonger préalablement une aiguille aspiratrice dans le côlon droit, moins résonnant que le gauche à la percussion, pour s'assurer s'il contenait des matières. La ponction eut lieu sous l'influence du chloroforme, et, l'aspiration ayant donné des gaz et des matières fécales liquides, la côlotomie fut pratiquée aussitôt, avec quelque difficulté, à cause de l'embonpoint de la malade et de son épiploon graisseux. Immédiatement une abondante émission de gaz et de matières s'ensuivit, et, dès le cinquième jour, une selle naturelle eut lieu. Six semaines après, l'opérée se levait, rendant des selles si naturelles qu'il ne s'agissait plus que de fermer la plaie fistuleuse du côlon.

Ce fut dans la quinzaine suivante, alors que la canule ou l'entérotome, inséré sur l'intestin, était tenu fermé une grande partie du temps, que la fille de cette dame, qui couchait avec elle, la trouva morte le matin dans son lit. L'autopsie, faite le soir même, montra le cœur enveloppé de graisse, avec pâleur des fibres musculaires et sans striation au microscope. Tous les autres organes étaient sains. Le gros intestin était distendu d'air et d'une quantité considérable de matières solides ; le mésocôlon, libre et très développé. Mais à deux pouces environ au-dessus de la valvule sigmoïde était une masse cancéreuse, d'un pouce d'épaisseur sur deux de hauteur, occupant presque toute la circonférence de l'intestin. C'était une dégénérescence col-

loïde, avec du pus à l'intérieur. L'ouverture inférieure du rétrécissement était très libre. (*British med. Association* et *Lancet*, 13 novembre.)

Entéroclisme. Imaginé par le docteur Cantani en 1878, cet irrigateur italien, imité sans doute de celui d'Eguisier, obtient un grand succès en Italie pour l'emploi des lavements forcés contre les occlusions intestinales et toutes les maladies du gros intestin. Il est employé avec grand succès contre la dyssenterie et la diarrhée chronique, les étranglements herniaires et l'obstruction intestinale. Quatre guérisons en sont rapportées par l'usage de ces injections forcées d'eau ou d'huile, dont on peut faire pénétrer jusqu'à trois litres avec cet instrument. Il est surtout admirablement disposé pour l'administration des lavements alimentaires, en les faisant pénétrer très haut. La vogue dont il jouit pour ces usages multiples le rend comparable au tube de Faucher pour les lavages de l'estomac.

Inversion du corps. Le docteur Logie relate deux cas d'occlusion intestinale dont les symptômes ont rapidement disparu sous l'influence de la simple inversion du corps. Un jeune officier, arrivé au dixième jour d'une obstruction complète, était presque à l'agonie. On commença par lui placer le siège sur un coussin, en laissant pendre en arrière la tête et les épaules; dans cette position, on lui administra un copieux lavement à l'huile, puis on pratiqua le massage de tout l'abdomen. En quelques minutes, la débâcle avait lieu et le malade était sauvé.

Un nègre déjà vieux avait été abandonné par les médecins militaires, lors de l'insurrection des Indes. Un médecin indigène le fit pendre la tête en bas, par les talons; puis il se mit à le secouer violemment dans tous les sens. La guérison fut si rapide et si complète que, dès le lendemain, le patient se remettait en marche à la suite de l'armée.

M. Richard Neale rapporte un fait semblable, emprunté à la *Lancet*. Il s'agissait d'un homme atteint de hernie inguinale étranglée et chez lequel on avait employé tous les procédés de réduction. Le docteur Jessop fit placer le patient sur les épaules d'un aide, dans une position exactement semblable à celle des moutons fraîchement tués sur les

épaules des bouchers ; un taxis de quelques instants suffit alors à réduire complètement la tumeur. (*British medical journal* et *Gaz. médic.*) Voy. LAPAROTOMIE.

De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. Thèse d'agrégation à la Faculté de Paris, par le docteur J. Peyrot, chirurgien des hôpitaux. Un vol. in 8° de 300 pages. Après une division en quatre classes de l'obstruction : vices de position, compression, obturation, rétrécissement, l'auteur passe au moyen direct et capital de traitement : la laparotomie. 125 observations en sont visées, avec 46 guérisons. 23 pour invagination ont donné 9 guérisons et 14 morts, tandis que les autres, faites en dehors de cette cause, ont donné le surplus, savoir :

	Cas.	Guér.	Morts.
Réduction de hernies en masse	14	9	5
Hernies internes	5	2	3
Brides, diverticules	29	7	22
Anneaux accidentels	4	1	3
Adhérences ou anses	7	4	3
Volvulus, torsions	13	2	11
Compression externe, péritonite	3	3	»
Corps étrangers	5	4	1
Concrétions intestinales	1	»	1
Tumeurs et rétrécissements	12	5	7
Etranglements	9	3	6
Totaux	102	40	62

On peut juger, par cette statistique, des cas où la laparotomie peut être appliquée avec plus ou moins de chances de succès. Le même tableau est fait pour l'entérotomie et la côlotomie lombaire. De là l'importance de ce travail, à la fois clinique et statistique, permettant de saisir d'un coup d'œil les indications et les contre-indications de ces opérations formidables.

Obstruction intestinale calculeuse. Le 5 avril, le docteur Galloupe fut appelé près d'une dame de soixante ans, qui souffrait, depuis trois jours, de coliques biliaires, avec vomissements, constipation opiniâtre, malgré l'usage des drastiques. Les accès précédents avaient été moins graves. Il y avait tympanite, vomissements fécaloïdes, prostration

extrême, avec de telles coliques que des injections multipliées de morphine pouvaient seules calmer. Ces accidents persistèrent jusqu'au 11, que la mort arriva par faiblesse, inanition.

L'autopsie montra un calcul biliaire, mesurant 3 pouces 1/4 sur 7 1/4 de circonférence, arrêté dans le petit intestin, à huit pieds au delà du pylore. D'un brun noirâtre à l'extérieur, son apparence interne était de la cholestérine pure. La partie de l'intestin au-dessus du calcul avait le calibre du côlon, et le reste était réduit au tiers de son volume normal. L'appendice cæcal, de 6 pouces de long, était attaché à la vésicule biliaire par des adhérences anciennes. (*Boston med. and surg. journ.* 11 mars.)

Un cas analogue, dont l'issue a été plus heureuse, s'est offert au docteur Logerais, chez une dame de quarante-sept ans, très obèse, venue pour prendre les eaux de Pougues en 1879. Souffrant de flatuosités et de digestions difficiles, elle était atteinte en outre de diabète. Ses urines catarrhales donnaient 22 grammes de glycose par litre.

Tous ces symptômes s'étaient améliorés après neuf jours, lorsque des vomissements survinrent avec absence de selles. Il n'existait pas de hernie, mais une dureté au niveau du côlon ascendant avec matité environnante. Malgré les purgatifs divers, les cataplasmes, les frictions belladonées et les lavements, les vomissements jaune verdâtre persistaient avec tympanite croissante. Dix pilules, contenant chacune 10 centigrammes d'huile de croton avec de l'extrait de belladone, furent administrées d'heure en heure avec lavements forcés d'eau de Selz.

C'est alors qu'une débâcle eut lieu dans la nuit, persistant durant trois jours. On percevait encore néanmoins la dureté du côlon ascendant, et c'est après un lavement que la malade, allant à la garde-robe, sentit un corps dur et résistant sur l'anus, qu'elle ne pouvait expulser. Le médecin seul put en faire l'extraction. C'était un corps jaunâtre, dur, ovoïde, de 6 centimètres de long sur 10 de pourtour. Scié dans sa longueur, il était formé de couches concentriques de cholestérine, avec un corps brillant et comme vitreux, gros comme une noisette, au centre et en formant le noyau. C'était un calcul composé principalement de cholestérine, avec un noyau central. (*Gaz. hebd.*, n° 22.)

Obstruction calculeuse incomplète des voies biliaires. D'après une analyse clinique très minutieuse et sans preuves anatomiques d'un cas de cholélithiase, observée sur un homme de cinquante-deux ans et suivie de mort après dix-huit mois, le docteur J. Besnier lui attribue les symptômes suivants : troubles gastro-hépatiques accompagnés d'uricémie et d'une anémie de plus en plus intense (Voy. *ces mots*), puis accès violents et répétés de fièvre intermittente hépatalgique, avec coliques légères suivies de l'expulsion de nombreux calculs biliaires et d'une gravelle biliaire abondante. Par l'interprétation savante de ces divers symptômes, d'après les données les plus récentes, l'auteur en montre la relation, les rapports étroits avec la destruction des globules rouges dans le foie et l'expulsion de leurs débris sous forme d'urée et d'acide urique dans les urines. D'où l'indication de tenir compte de ces phénomènes à l'avenir dans les cas de lithiase biliaire. (*Arch. de méd.*, avril et mai.)

ŒDÈME. La ligature des veines n'ayant pas produit l'œdème passif du membre, M. Ranvier en a conclu que l'altération des nerfs était indispensable à sa formation. De nombreuses expériences ont été faites par M. Sotnitschewski, sous la direction du professeur Cohnheim, pour vérifier cette théorie. Tous les troncs veineux principaux et même secondaires qui pouvaient être atteints ont été liés en effet sans amener l'œdème. Mais une injection de matière colorante dans les artères ayant montré que la circulation en retour se faisait par des collatérales, l'absence d'œdème s'est clairement expliquée. Cette circulation collatérale a dès lors été obstruée par l'injection d'une bouillie de plâtre dans l'une des origines de la saphène, et l'œdème se forma en quelques heures d'une manière durable. La ligature des veines sans collatérales, comme la veine-porte, suffit ainsi à le produire, pourvu que l'arrêt de la circulation soit suffisant.

Mais si la lésion des nerfs n'est pas indispensable à la formation de l'œdème, elle peut la favoriser. La section des nerfs, en amenant immédiatement une dilatation artérielle par la paralysie des vaso-moteurs, en est la démonstration. Dans ce cas, la ligature d'un tronc veineux principal peut

suffire à déterminer rapidement l'œdème, qui serait absolument insuffisant sans lésion nerveuse. Telle est l'explication des résultats obtenus par le savant français. (*Virchow's archiv*, 1879.)

Ignipuncture. Elle a été employée avec succès par M. Laboulbène dans un cas où les membres inférieurs, ainsi que les parois abdominales et les parties génitales, étaient fortement œdématiés. On connaît les accidents que les éraillures produites sur les membres provoquent en pareil cas. La sérosité qui s'écoule en bavant irrite les bords de la solution de continuité et détermine de proche en proche de l'érythème, parfois de l'érysipèle. Malgré des pansements ou des lotions alcoolisées et phéniquées, on a vu survenir autour et sur les érosions des productions pseudo-membraneuses ou pseudhyméniques, et même du sphacèle. Les ponctions et surtout les petites incisions ordinaires faites avec la pointe du bistouri, ou des aiguilles à cataractes, etc., sont dangereuses. La division des tissus est suivie de rougeur, d'angioleucite et d'autres complications.

Les tubes à drainage, les canules de petits trocarts munies d'un siphon en caoutchouc, paraissent aussi ne pas être exemptes de dangers.

Au contraire, l'application du cautère actuel placé sur un membre œdématié a procuré un grand soulagement, non suivi d'accidents, entre les mains de Trousseau. Un furoncle survenu à la cuisse, chez une femme atteinte d'œdème à un très haut degré, a déterminé un écoulement liquide, sans érythème des parties voisines. L'ignipuncture, employée avec une aiguille rougie à la lampe à alcool, a des effets analogues. De là ses indications dans les nombreux cas d'œdème des membres inférieurs suite de maladies du cœur, des affections hépatiques ou spléniques.

La sérosité des membres inférieurs dans ces cas est bien différente, par sa composition chimique, de celle des épanchements de la plèvre et du péritoine. Tandis que celle d'une ascite, retirée par la paracentèse, était fortement albumineuse, celle d'un kyste hydatique ne l'était nullement. Le liquide de l'œdème est intermédiaire entre les deux.

Telle est la préférence à accorder à l'ignipuncture sur les autres moyens. (*Soc. méd. des hôp.*, août.)

OPHTHALMOLOGIE. *Clinique nationale.* L'hospice spécial d'aveugles dit des Quinze-Vingts, c'est-à-dire trois cents, situé rue de Charenton, vient de recevoir cette destination spéciale. A la clinique officielle scientifique scolaire de l'Hôtel-Dieu, créée l'année dernière, s'ajoute ainsi une clinique essentiellement pratique et spéciale. L'inauguration en a été faite solennellement, le 9 mai, par la pose de la première pierre des nouveaux bâtiments. Elle sera dirigée par un chirurgien oculiste, assisté d'un chef de clinique, d'un interne résidant pour assister et surveiller les opérés, et de quatre externes chargés des pansements. Une consultation publique et gratuite y sera adjointe pour l'assistance des malades de la France et de l'Algérie qui pourraient, en cas de besoin, être reçus, opérés et soignés, nourris et logés à l'infirmerie. Les compagnies de chemins de fer sont même invitées par le gouvernement à s'associer à cette œuvre d'humanité, en accordant le bénéfice du transport gratuit, pour l'aller et le retour, à tout indigent porteur d'un titre d'admission à la Clinique nationale. En échange, leurs ouvriers et petits employés y recevront accès et admission gratuite en justifiant de leur identité.

C'est donc là une œuvre d'humanité nationale, destinée à rendre de grands services, surtout dans les départements privés d'oculistes spéciaux. D'après la statistique officielle de 1876, il existe en France et en Algérie 31 601 aveugles, dont les quatre cinquièmes, soit plus de 25 000, sont indigents. Dans l'impossibilité de les recevoir ni les secourir, l'État doit au moins chercher à en diminuer, en atténuer le nombre, en leur offrant des secours au début, propres à prévenir cette triste infirmité. Si la Clinique nationale de Paris, même agrandie, est insuffisante à les recevoir tous, — ses ressources actuelles ne lui ayant permis de secourir que 1750 externes et 300 pensionnaires internes en 1879 — elle donnera au moins l'exemple pour que des institutions semblables se fondent dans les grands centres. C'est en offrant des secours prompts que l'on pourra diminuer les cas de cécité complète et incurable, qui donne seule droit à l'admission à la pension des Quinze-Vingts.

La nouvelle extension de cet hospice ophthalmologique n'est d'ailleurs qu'un acte de justice trop tardive rendu par le gouvernement républicain aux malheureux aveugles.

C'est leur bien même qui leur est rendu, car lorsque, le 31 décembre 1779, Louis XVI autorisait l'expropriation de l'enclos des Quinze-Vingts et ses dépendances, situé rue Saint-Honoré, à proximité du Louvre et des Tuileries, pour ouvrir de nouvelles voies de communication, le produit de la vente s'éleva à 6 312 000 livres, qui devaient être employées exclusivement au traitement et au secours des aveugles pauvres. 450 000 livres furent seulement consacrées à l'acquisition du bâtiment actuel, et, de tous les progrès que le juste et bon roi avait dès lors décrétés pour le bien de ces infortunés et de la science, rien ne fut fait. La tourmente révolutionnaire et ses conséquences immédiates en empêchèrent la réalisation. C'était donc un devoir de juste réparation pour la République de satisfaire à ces intentions du monarque qui en a été la plus grande victime.

Afin de satisfaire à tous ces besoins et de réparer ces grandes injustices, une Société nationale d'assistance pour les aveugles travailleurs a été fondée, au capital de 8 000 000, sous le patronage du ministre de l'intérieur, qui a pris l'initiative de ces grandes innovations. La souscription annuelle est de 12 francs seulement, amortissable au capital de 300 francs, que l'on peut adresser au Trésor public.

Prophylaxie. L'ignorance, l'incurie, la négligence ou parfois un zèle inopportun sont souvent les causes indirectes de la perte de la vue, surtout chez les enfants. L'ophthalmie purulente des nouveau-nés n'est, le plus souvent, si grave que par le défaut de soins intelligents, et l'abus des collyres actifs chez les adultes, ordonnés souvent banalement et sans examen, alors qu'il y a des lésions profondes, fait souvent plus de mal que de bien. De là l'indication de n'employer que des solutions simples dans toutes les ophthalmies externes, à l'exclusion des substances minérales, comme l'argent, le cuivre, le plomb, qui, absorbées, retentissent sur le fond de l'œil et en provoquent ou en aggravent les altérations. (Voy. COLLYRES.)

Une note rédigée par le docteur Brière pour le bureau d'hygiène de la ville du Havre est ainsi remise gratuitement par la municipalité à tous ceux qui viennent faire une déclaration de naissance pour prévenir l'ophthalmie des nouveau-nés.

Elle contient les indications suivantes : Essuyer les yeux de l'enfant, dès qu'il est arrivé, avec un linge sec en toile, et laver la figure et la tête avant le reste du corps. Éviter le froid et ne pas laisser la tête découverte. Dès que les paupières enflent et laissent échapper une matière jaune verdâtre après la naissance, recourir de suite au médecin plutôt qu'au lait de la mère ou à l'eau de sureau pour nettoyer les yeux, car c'est le début d'une maladie très dangereuse. Cet exemple devrait être suivi dans toutes les mairies de France.

Des lotions antiseptiques avec des solutions étendues d'acide borique ou salicylique suffisent ainsi dans la plupart des ophthalmies externes. 2 grammes d'acide salicylique dans 1000 grammes d'eau distillée est la formule du docteur Masse, pour les lavages fréquents, les compresses et les instillations contre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. (*Gaz. des sc. méd. de Bordeaux.*)

L'acide borique se généralise surtout dans la thérapeutique oculaire, depuis que le professeur Panas en a indiqué l'usage. Il est particulièrement efficace, d'après le docteur Théobald, contre la conjonctivite purulente, quelle qu'en soit la nature, spécifique ou non, le catarrhe conjonctival, l'asthénopie et l'hyperémie conjonctivale qui s'y joint ordinairement. Les inflammations diffuses de la cornée, la kératite ulcéreuse et le pannus en sont également justiciables. Des onctions faites avec une pommade contenant 65 centigrammes d'acide borique pour 4 grammes de cérat simple sont très efficaces dans la blépharite marginale et le catarrhe de la conjonctive palpébrale. (*New-York med. Record.*)

Troubles de la menstruation. Leur retentissement sur l'appareil oculaire a été observé par le docteur Swanzy chez des jeunes filles de onze à dix-sept ans, dont il rapporte sept exemples. Un iritis était la conséquence de l'absence ou de l'insuffisance des règles, avec douleurs, injection et photophobie. Il y a tendance à la formation de synéchies postérieures et à l'opacité du corps vitré. C'est une iridochoroïdite à marche lente, très difficile à guérir et récidivant souvent. Une hémorrhagie sous-choroïdienne dans un cas en montrait l'étiologie directe. On ne connaît pas d'exemples de cette lésion chez les garçons.

La rétinite et l'apoplexie rétinienne ont succédé également à la suppression des règles. L'asthénopie se lie souvent à des accidents hystériques : il y a impossibilité de lire, d'écrire ou de coudre, ni de faire un travail quelconque à courte distance; il y a surtout photophobie à la lumière artificielle, sans injection, ni rougeur, ni gonflement des paupières.

Ces accidents sont ordinairement des signes de lésions utérines plus ou moins graves chez les femmes nerveuses. C'est une indication de les examiner. (*Dublin journ. of med. sciences.*)

Chez une dame dont la menstruation était difficile, le docteur Romiée a observé, pendant quatre périodes successives, la formation de phlyctènes conjonctivales précédant son apparition et disparaissant aussitôt l'écoulement établi. (*Ann. de la Soc. méd. de Liége.*)

Chez l'homme, les excès génitaux ou la masturbation déterminent aussi les troubles de la vue : mouches volantes, lésions de la choroïde et de la rétine. Chez la femme, ces accidents sont plus communs lors de la ménopause. (*Ann. d'oculistique.*)

Un moyen de prévenir ces accidents chez les femmes qui ont une menstruation difficile, c'est surtout de ne pas lire au lit et de protéger l'œil contre une lumière excessive ou des couleurs trop brillantes, surtout à l'époque des règles. Lire couché est dangereux pour tout individu affaibli. (*New-Yord med. Record*, 1879.)

Les femmes atteintes d'affections génitales souffrent d'un affaiblissement considérable de l'accommodation, suivant le docteur Noyes. Elles ne peuvent lire ou coudre et même fixer leur interlocuteur sans être prises de douleurs névralgiques. Les femmes affaiblies y sont plus exposées que les autres; ce qui indique le traitement à suivre pour y remédier.

Ophthalmie sympathique. *Énervation de l'œil.* Cette opération est définitivement entrée dans la pratique courante, comme en Allemagne. (Voy. *année* 1878.) Le docteur Abadie l'a pratiquée dix-huit fois en une seule année, dont la plupart des observations sont consignées dans la thèse de M. Redard, son chef de clinique. Voici le procédé employé.

Le tendon du droit externe étant sectionné comme pour la strabotomie, on dénude la sclérotique en haut et en bas, sans intéresser les muscles. On se fraye ainsi un passage jusqu'au nerf optique, que l'on coupe d'un coup de ciseau, comme dans l'énucléation. Le globe jouissant d'une certaine mobilité est luxé hors de sa cavité, et, par une rotation en dedans, son pôle postérieur est amené dans le champ opératoire. On achève la dénudation de la sclérotique avec des ciseaux courbes, en ne laissant subsister ni nerfs ni vaisseaux du moignon. L'œil est ensuite replacé dans l'orbite à sa position normale, et un fil de suture, passé à la sclérotique et au muscle droit, l'y fixe. Un bandeau compressif est maintenu pendant quarante-huit heures, en l'imbibant avec quelques gouttes d'une solution phéniquée au 100e et glacée.

Le soin pris pour la dénudation complète du globe est la distinction de ce procédé. On jugera de sa valeur par les expériences sur les animaux. Les suites de l'opération ont été des plus simples et sans réaction inflammatoire notable.

Un rapport sur ce travail fait par M. Giraud-Teulon et adopté par la Société de chirurgie, tout en maintenant les avantages de cette nouvelle opération, a pourtant introduit une distinction capitale sur ses indications. C'est pour avoir confondu l'ophthalmie sympathique avec des phénomènes bénins et purement sympathiques de celle-ci que l'on a toujours cru la diriger avec succès contre elle. Mais il convient de les distinguer avec soin, sous le rapport des symptômes comme de la fréquence.

Une personne dont les yeux étaient sains et normaux est blessée dans un œil, et, quelques jours ou quelques semaines après l'accident, l'autre œil intact devient sensible à la lumière, s'injecte, s'enflamme; les milieux se troublent, l'iris se décolore, et des exsudats apparaissent dans la chambre antérieure. C'est l'ophthalmie sympathique vraie, maligne, dont le danger est si grand que, si l'on ne recourt pas aussitôt à l'énucléation de l'œil blessé, une cécité irrémédiable en résultera promptement. Agir autrement sur un œil profondément désorganisé, dont rien ne peut calmer les inflammations et les douleurs répétées, c'est s'exposer à des revers graves, car aucune autre opération régulière ne peut mettre fin à ces symptômes.

Bien différents sont les phénomènes sympathiques. Un œil perdu depuis longtemps, par une cause quelconque, et n'ayant plus qu'une nutrition défectueuse, s'enflamme, devient douloureux, s'injecte par une cause interne quelconque, et un retentissement sympathique se produit du côté opposé. L'œil sain devient larmoyant, sensible à la lumière, l'acommodation s'effectue péniblement, et l'acuité visuelle faiblit.

Il y a donc une différence sensible. Une inflammation manifeste du tractus uvéal, se traduisant par des altérations de tissu, exsudats, décoloration, troubles, oblitération pupillaire, existe dans le premier cas, tandis que le second consiste uniquement en troubles fonctionnels, larmoiement, sensibilité et diminution de la vue. Ces derniers symptômes seuls indiquent l'énervation de l'œil plutôt que son énucléation. Il n'y a pas à redouter la fonte purulente de la cornée, et si elle est assez bien conservée, si le globe n'est pas trop déformé, l'organe pourra rester en place et tenir lieu avec avantage d'un œil artificiel. Le globe et la cornée conservent leur forme et leur vitalité. Une observation prolongée pendant plus d'un an est la démonstration péremptoire et d'autant plus certaine que la réunion du nerf optique se rétablit, comme les expériences ci-après relatées l'ont montré. Ce nouveau procédé de l'énervation peut donc rendre de grands services en dispensant les malades de porter un œil artificiel. (*Soc. de chir.*, novembre 1879 et janvier 1880.)

Réunion des nerfs. D'après quarante expériences de cette opération, faites par M. Redard sur des chiens et des lapins, les nerfs ciliaires se sont montrés sensibles dès qu'on les excite. Après la section totale, la cornée perd immédiatement sa transparence et son éclat habituel. De plus, elle est *insensible*. La pupille se dilate. Chez les lapins, on observe au début une contraction, suivie bientôt de dilatation de la pupille. La section partielle produit une anesthésie et une dilatation partielles; la pupille est alors irrégulière. Si l'on sectionne les filets ciliaires en dehors, la pupille est paralysée en dehors seulement et peut se contracter encore en dedans sous l'influence de la lumière. La nutrition de la cornée et de l'œil se fait régulièrement avec une

cécité complète. La pupille est dilatée pendant quatre à cinq mois. *La sensibilité revient vers le troisième mois par place d'abord, pour devenir générale. Chez les animaux opérés depuis un an, la sensibilité de la cornée est parfaite.* Chez plusieurs des animaux expérimentés, la vision est restée intacte, ce qui prouve que l'on peut priver le nerf optique, à son entrée dans l'œil, de ses nerfs ciliaires et de ses vaisseaux, sans qu'il en résulte des troubles sérieux du côté de la vision. Chez quelques autres, on observe de la névrite, avec atrophie partielle consécutive, irrégularité des bords de la papille, taches noires hémorrhagiques; les veines sont dilatées, les vaisseaux irrégulièrement disposés.

Dans le plus grand nombre de cas, la cornée a gardé sa transparence, et, chose plus importante, *le globe oculaire a conservé sa forme et ne s'est nullement altéré.* Chez les animaux présentés, opérés depuis un an et demi, *le globe oculaire n'offre pas la moindre atrophie.* Le cristallin est transparent. Après trois à quatre mois, le corps vitré se trouble légèrement. L'ophthalmoscope montre des points noirs hémorrhagiques autour de la papille atrophiée. En divers points, on observe des plaques d'atrophie choroïdienne. Les veines sont dilatées. La pupille reste dilatée pendant six mois à un an et reprend sa contractilité ensuite très faiblement. *La sensibilité revient par place trois à quatre mois après. Elle est presque complète chez les animaux opérés depuis un an et demi. Les nerfs ciliaires paraissent régénérés.*

Comme à la suite des expériences de M. Boucheron en 1875, M. Poncet, de Cluny, a constaté au microscope, de la façon la plus évidente, une régénération complète, non seulement des nerfs ciliaires sectionnés, mais du nerf optique. Les douleurs nouvelles qui réapparaissent après l'énervation de l'œil sont évidemment dues à la régénération des nerfs ciliaires, car, d'après de récents travaux entrepris en Allemagne, on a vu l'humeur aqueuse se coaguler à la suite de la section du sympathique. D'où il conclut que, dans tous ces cas, les lésions cornéennes observées ne sont que consécutives à des lésions profondes, toujours primitives. (*Soc. de biol.*, 7 août.)

La valeur de cette opération est donc loin de donner

toutes les garanties qu'on lui attribuait. D'après le docteur Meyer et M. Dor (de Lyon), elle n'est applicable que si les phénomènes d'ophthalmie sympathique ne sont pas imminents. Dès que celle-ci se montre, au contraire, l'énucléation est de règle absolue, car la régénération de la substance nerveuse, la soudure des extrémités coupées a été constatée irréfutablement. Deux opérations successives de névrotomie opto-ciliaire, faites par M. Hirschberg, n'ont ainsi pu prévenir les progrès d'une ophthalmie sympathique combattue ensuite efficacement par l'énucléation. (*Arch. de Knapp*). Elle n'est donc applicable que dans les cas, encore très nombreux, où une irritation de l'œil sain se reproduit sous forme d'accès névralgiques et commande d'agir. 11 applications ainsi faites et déjà rapportées par M. Meyer ont donné 9 succès et six nouvelles observations confirment parfaitement cette interprétation. (*Congrès d'ophthalmol. de Milan*, septembre, et *Journ. de thér.*, n° 20.)

Ciseaux écraseurs. Imaginés par M. Warlomont exclusivement pour l'énervation, afin de prévenir l'effusion sanguine de l'artère centrale de la rétine, qui compromet le succès de l'opération dans ses conséquences et la possibilité de la réunion des nerfs divisés. Forts et offrant une courbure sur le plat correspondant au globe de l'œil, ces ciseaux à énucléation sont pourvus d'un cliquet entre les anneaux qui les empêche de s'écarter. Une pièce surnuméraire et concentrique adossée à la branche inférieure est seule tranchante. La section s'opère en avant des pièces comprimantes, qui sont laissées en place et maintenues par un aide pendant la toilette de l'œil. Tout danger d'hémorrhagie et d'épanchement sanguin est ainsi prévenu, et, par cet écrasement, les bouts nerveux sont dans des conditions opposées à leur réunion. (*Bull. de l'École de méd. de Belgique*, mars.)

Ophthalmie blennorrhagique. La difficulté de combattre efficacement cette inflammation spécifique par les résolutifs ordinaires a conduit M. Bader à employer la pommade suivante à l'hôpital Guy :

℞ Vaseline	30 grammes.
Oxyde nitrique de mercure	65 milligrammes.
Daturine	13 milligrammes.

Mêlez.

En badigeonnages sur le bord libre des paupières avec un pinceau, de manière à la faire pénétrer sur la surface de la conjonctive.

Cinq observations, chez trois jeunes gens et deux enfants, sont rapportées à l'appui. Dans tous, l'effet de ce nouvel *ointement* s'est montré rapidement efficace après d'autres traitements antérieurs. (*Lancet*, 1er mai.)

Une solution de 1 gramme d'acide borique dans 30 grammes d'eau en instillations et en lotions ne cause qu'une irritation momentanée et tarit rapidement l'écoulement, comme dans la plupart des inflammations purulentes. (*New-York med. Record.*)

OSTÉITE DOULOUREUSE. *Trépanation.* Il y a lieu de distinguer, entre les douleurs que provoque l'ostéite des os longs des membres inférieurs surtout, celle qui est caractérisée par des douleurs névralgiques, si bien étudiée par le professeur Gosselin (Voy. *année* 1875), et celle produite par la présence du pus dans les os. Au point de vue symptomatique surtout, cette distinction est capitale, bien que les chirurgiens ne paraissent guère occupés de l'établir, en raison de la similitude du traitement. C'est ce qui résulte de la discussion suivante.

Un jeune homme de vingt et un ans souffrait, depuis cinq ans, de douleurs extrêmement vives au niveau de l'extrémité supérieure du tibia avec augmentation fusiforme de l'os au-dessous de la tubérosité antérieure. Le diagnostic avait été : hypertrophie de l'os, ostéite condensante et abcès enkysté probable. L'iodure de potassium n'ayant produit qu'un soulagement momentané, une couronne de trépan se trouvait indiquée. Elle fut pratiquée le 28 avril par le docteur Delens, qui trouva le périoste épaissi, un tissu osseux éburné très dense et consistant. Une rondelle osseuse de 0 m. 022 d'épaisseur fut enlevée, sans aucune trace de pus dans la cavité sous-jacente, mais seulement un point un peu plus vasculaire. Aucun accident consécutif, et aujourd'hui la perte de substance est à demi comblée.

La relation de ce cas a provoqué le rappel de plus de vingt faits analogues où la trépanation a été également pratiquée, sans qu'aucun caractère distinctif de la présence du pus ait été indiqué. M. Després s'est ainsi guidé sur le point tuméfié et sur l'endroit le plus douloureux pour trouver le foyer purulent; tandis qu'en trépanant une tumeur du tibia peu saillante, longue de 15 centimètres, située au milieu de la diaphyse, M. Verneuil ne trouva aucune trace de pus. Il n'en rencontra pas davantage dans une ostéite de l'extrémité inférieure du fémur, chez un individu venu d'Orléans pour se faire amputer. M. Perrier n'en trouva pas non plus dans trois couronnes de trépan faites sur le grand trochanter pour une ostéite ancienne. Malgré un gonflement assez considérable et fort douloureux au même siège du fémur, M. Lucas-Championnière n'en trouva pas davantage, quoique les mailles osseuses fussent très larges, comme dans l'ostéite chronique. M. Cruveilhier lui-même, dont la thèse sur les abcès des os est restée célèbre, n'a rencontré du pus que deux fois sur cinq trépanations du tibia. Sur dix ou douze trépanations semblables, M. Duplay ne parle pas non plus des symptômes différentiels de l'ostéite purulente ou non. Il ne semble donc pas en exister de bien tranchés, malgré la lenteur de cette affection. (*Soc. de chirur.*, 2 juin.)

Un nouveau fait clinique, observé par le docteur Fiessinger, à la fin de janvier 1880, et rapporté avec détails, permet cependant d'en constater le caractère purement névralgique. C'était chez une femme de vingt-sept ans, grande et bien constituée, avec une paralysie faciale droite, dernier vestige d'une hémiplégie croisée qui l'avait frappée à quatre ans. Les membres primitivement paralysés avaient repris peu à peu leurs fonctions, si bien qu'à dix-huit ans, toute trace de parésie avait disparu. A vingt-deux ans, la malade s'est mariée, sans avoir eu d'enfants jusqu'ici. Son état général est bon et ne s'est jamais ressenti de l'influence de ses douleurs dans la jambe droite, survenues brusquement en décembre 1877. Elle habitait alors un logement très humide, lorsqu'après une bonne nuit, elle ressentit une douleur aiguë dans la jambe au moment de se lever. Le maximum était à la partie moyenne du tibia et augmentait par la pression. Elle n'a jamais disparu depuis.

Toujours nettement circonscrite, il semble à la malade que sa jambe va éclater, comme si un coin de bûcheron, se trouvant à l'intérieur, distendait le tibia outre mesure. Jamais ni rougeur ni gonflement au niveau des parties sensibles, mais la douleur a notablement augmenté depuis quelques mois. Elle est continue le jour et s'exaspère la nuit par le frottement des couvertures du lit. La malade, n'ayant plus de repos, a consulté bon nombre de médecins. Les uns se sont moqués d'elle et ont rattaché ses souffrances à un état névropathique ; les autres, tout en ne constatant aucune lésion physique, ont ordonné l'iodure de potassium à l'intérieur et les badigeonnages de teinture d'iode sur le tibia malade.

La pression est très pénible au niveau de la partie moyenne du bord interne et de la crête du tibia. La douleur provoquée sur une étendue de un décimètre est nettement circonscrite par une ligne irrégulière présentant la forme d'un losange allongé dans le sens de l'axe de l'os. A la partie centrale de ce losange, la pression détermine la douleur la plus vive ; il semble, en appuyant sur le tibia, que l'on ressent une fluctuation profonde ou plutôt un empâtement, comme celui que l'on perçoit dans les cas de fongosités de l'articulation du genou. Cet empâtement disparaît sous l'influence d'une pression prolongée et demande un certain temps pour se reproduire. A la partie inférieure du losange qui circonscrit la douleur, augmentation considérable du volume de l'os.

La trépanation est pratiquée le 15 mars, par le docteur Thomas, à l'endroit même où se perçoit la sensation d'une fausse fluctuation. Après une incision cruciale dont la section porte jusqu'à l'os, les quatre lambeaux sont disséqués, et le périoste, mis à nu, est décollé très facilement. Il est épaissi et infiltré d'une quantité considérable de liquide produisant sans doute l'empâtement constaté. La ponction du tibia rencontre un os très dur, d'un blanc mat, éburné, sans trace de vaisseaux et très épaissi. L'instrument n'arrive à la moelle qu'à 3 centimètres de profondeur. Il en sort une cuillerée environ de sang rutilant. Pansement phéniqué, drain introduit jusqu'à la moelle et réunion de la plaie.

Dès son réveil, l'opérée dit que ses douleurs ont changé

de nature. Elles vont en diminuant avec la cicatrisation de la plaie, sans aucune complication anormale, et, dès le 27 mars, le drain fut enlevé. L'opérée passe d'excellentes nuits, marche et se promène sans douleurs et a repris ses occupations. (*Soc. de méd. de Nancy*, 28 avril, et *Revue méd. de l'Est*, 15 juillet.)

De l'ostéite épiphysaire des os longs de la main et du pied. Thèse inaugurale, par le docteur Cottin. Paris, 1880.

Cinq observations, recueillies dans le service de M. Duplay, témoignent que cette forme spéciale se développe ordinairement chez les enfants ou les adolescents, spontanément ou à la suite d'un traumatisme, au niveau d'un espace articulaire des doigts ou des orteils ou aux extrémités des métacarpiens ou des métatarsiens. Le détachement de la diaphyse en est la conséquence ordinaire, sinon la nécrose même de l'os. De là l'indication de traiter énergiquement et de bonne heure cette ostéite toute locale et plus tard de recourir à l'ouverture et à la résection sous-périostée des parties nécrosées, pour obtenir une prompte guérison, réalisée dans tous ces cas.

OTORRHÉE. *Formation de séquestres de la région mastoïdienne.* Cette complication serait assez fréquente dans l'enfance, d'après le docteur Hartmann, en raison même des dimensions considérables de la cavité mastoïdienne chez les jeunes enfants. Qu'un processus inflammatoire intéresse les cloisons des cellules et la carie, la nécrose peuvent en résulter avec d'autant plus de gravité que l'inflammation peut se transmettre à la cavité crânienne par l'intermédiaire des sutures qui ne se ferment que vers la deuxième année.

L'écoulement abondant, rebelle et prolongé, d'une matière puriforme par le conduit auditif externe, est le caractère commun de ces séquestres intra-mastoïdiens. De là l'indication de trépaner cette apophyse, surtout si l'on parvient à acquérir la certitude de la présence de ce séquestre en le mobilisant avec la sonde ou le stylet. Mais ce diagnostic est suffisamment établi dès qu'il existe, avec l'otorrhée purulente chronique, fétide et rebelle au traitement, des végétations de la caisse repullulant après leur ablation, et

de petits séquestres osseux dans l'écoulement. Des fistules derrière l'oreille externe, dont la sécrétion est particulièrement fétide, accompagnées surtout du gonflement de la région mastoïdienne, avec infiltration diffuse, inflammation aiguë ou tuméfaction des ganglions, en sont aussi des signes, surtout s'ils coïncident avec une dépression des forces liée à la scrofule, la tuberculose ou le rachitisme.

Des complications mortelles peuvent ainsi résulter de la présence de ces séquestres, si l'on n'en fait l'extraction. C'est pourtant là une opération dangereuse. Sur trois cas, elle a été suivie de mort de six semaines à huit mois après, chez des enfants de un an et demi à deux ans, tandis que la guérison s'en est suivie chez une fille de trois ans. Un quatrième cas, récent et encore en observation, chez un enfant de vingt-sept mois, promettait un succès semblable. (*Archiv für Augen in Ohrenheilk.* et *Ann. des maladies de l'oreille*, n° 2, mai.)

La justesse de ces prévisions s'est confirmée à l'autopsie de quatre enfants atteints d'otorrhée et morts de maladies intercurrentes. Chez une fille de dix-neuf ans, dont l'écoulement libre du pus était obstrué par de nombreux polypes, le docteur Burckhardt-Mérian rencontra une carie de l'apophyse mastoïdienne, avec pénétration du pus dans le sinus pétreux supérieur et méningite circonscrite de la base. Une carie de l'oreille moyenne et de la cavité mastoïdienne fut également constatée chez un enfant de sept ans et demi ayant succombé à une péritonite tuberculeuse. Le pus s'était fravé une issue au dehors, en passant sous le périoste de la région temporale. Une tuberculose généralisée ayant emporté un enfant de deux ans et neuf mois, atteint d'une otorrhée purulente à la suite d'une chute sur le côté gauche du front, on trouva aussi une nécrose de l'apophyse mastoïde. L'élimination du séquestre eût infailliblement été mortelle en dénudant le sinus veineux correspondant. (*Idem.*)

Les bons effets de la trépanation préventive de l'apophyse mastoïde dans ces cas et son indication précise sont d'ailleurs démontrés par l'observation suivante du docteur Gillette. Un terrassier de cinquante-quatre ans entre à l'infirmerie de Bicêtre pour une épididymite tuberculeuse compliquée d'une caverne volumineuse au sommet du pou-

mon gauche. Un écoulement purulent fétide assez abondant existe aussi dans l'oreille droite, par suite d'un coup de pierre reçu à la région occipitale quinze mois auparavant. Cet écoulement augmente d'une manière intermittente et comme par débâcles, à la suite de la guérison de l'hydrocèle. Bourdonnements, sifflements, surdité. Rougeur prononcée et douleur à la pression de la région mastoïdienne.

La trépanation est pratiquée le 11 mai 1879, et, pénétrant avec la gouge et le maillet dans l'antre mastoïdien à travers une ostéite condensante, une injection d'eau phéniquée, poussée par la plaie, revient par le conduit auditif externe, en décelant la perforation du tympan. Un stylet aiguillé, introduit ensuite, sort de même par le conduit auditif, et un drain fixé au chas du stylet est ramené par l'ouverture artificielle. Le drainage auriculo-mastoïdien fut ainsi établi et pansé antiseptiquement comme un séton. Sauf quelques accidents convulsifs survenus le cinquième jour par une poussée congestive manifeste du côté des méninges, cette opération eut une issue des plus favorables. La suppuration cessa complètement, et l'ouïe se rétablit parfaitement. La diathèse tuberculeuse et même la cachexie ne sont donc pas des contre-indications à l'emploi de cette trépanation. (*Ann. des malad. de l'oreille,* novembre 1879.)

L'otorrhée, causes, effets et traitement, par le docteur V. Grazzi. Un vol. in-8°. Milan. L'écoulement chronique de l'oreille est l'effet ou la cause de la plupart des maladies de cet organe. Il forme ainsi le symptôme prédominant de la pathologie otologique. Il existe chez le cinquième environ des malades reçus dans les diverses cliniques. La même proportion des sourds-muets en France et à l'étranger le présentent également, par suite d'otorrhées négligées dans l'enfance, d'après Bonnafont. Aucune cavité du corps humain aussi étroite que la caisse du tympan ne confine de toutes parts à des organes aussi importants, dit Trœltsch.

Sous ce titre simple se trouve un véritable traité, qui a été couronné par le Collège médical de Florence et où tous les meilleurs travaux publiés en Europe sont utilisés. Il représente parfaitement l'état actuel de la science sur ce sujet important.

OVARIOTOMIE. *Succès en Angleterre.* Spencer-Wells a pratiqué sa millième ovariotomie en juin dernier, avec succès. Depuis la huit cent quatre-vingt-huitième qu'il emploie le pansement phéniqué, les résultats ont été meilleurs qu'auparavant. Plus rapides ont été les guérisons et la fièvre moindre. Peu de chirurgiens ni même de spécialistes n'ont jamais été capables de présenter l'histoire d'un travail aussi original et de sauver tant de vies. Une série extraordinairement heureuse a marqué la fin de sa pratique, dit le *British med. journal :* 40 ovariotomies consécutives ont été exécutées, sans perdre une seule opérée!

Les succès du docteur Keith, à Édimbourg, ne sont pas moins remarquables depuis 1862 qu'il a exécuté sa première ovariotomie. Ceux de la première centaine ont surpassé la pratique de tous les autres ovariotomistes. 97 guérisons ont été obtenues dans la troisième centaine, dont 63 forment une série continue sans un seul décès. On attribua ces succès à l'usage du cautère actuel sur le pédicule, suivant la méthode de Baker Brown. Depuis le mois de mars 1877 qu'il a adopté la méthode de Lister, il l'emploie dans ses plus minutieux détails, comme un préventif contre l'infection. Il éthérise au lieu de chloroformiser et place le pulvérisateur à gauche de la tête de l'opérée, à 8 ou 9 pieds du siège de l'opération. Il incise rapidement jusqu'au péritoine, enlève le kyste de même et ferme aussitôt la plaie, tout en mettant le plus grand soin à lier tous les vaisseaux saignants et à ne pas laisser une goutte de liquide dans le péritoine. C'est la base principale de sa pratique depuis le commencement.

Deux ovariotomies laborieuses sur de vieilles femmes faibles, ayant des kystes multiloculaires et des adhérences intimes, exécutées en présence de Marion Sims, en juillet 1879, ont permis à celui-ci de faire les remarques suivantes. Son trocart a un demi-pouce de diamètre. Dans un cas, il sépara l'épiploon adhérent par douze ligatures au catgut et le détacha ensuite de la tumeur. Puis il la sépara des intestins et l'enleva, en appliquant immédiatement des ligatures sur tous les points saignants de l'intestin, du mésentère et des parois, au nombre de quarante au moins. Le pédicule est saisi avec le clamp caustique, qu'il serre étroitement et sectionne à ras, en appliquant immédiatement sur la plaie

le cautère actuel chauffé au brun seulement. Il fait alors la toilette du péritoine en cherchant minutieusement et en liant au besoin tous les points humides ou *suintants*, — *oozing*. Il se distingue ainsi de tous les autres opérateurs, en cherchant et en liant les points saignants longtemps après qu'ils auraient déjà fermé la plaie, en comptant sur le repos et la compression pour résorber le suintement. Il ne suture les deux angles de la paroi abdominale, comme Spencer-Wells, qu'après l'épuisement et l'assèchement complets du péritoine. C'est là la distinction essentielle de sa pratique, d'après M. Sims, et le secret de ses succès. (*Boston med. and surg. journ.*, 4 mars.)

Résultats en Italie. Ils sont beaucoup moins grands, malgré leurs progrès et les modifications antiseptiques apportées au manuel opératoire. On renonce de plus en plus à la fixation du pédicule à la paroi abdominale. Sa ligature isolée avec des fils de soie phéniquée, ainsi que les adhérences intra-abdominales, le font ensuite abandonner dans le ventre. Les 77 dernières ovariotomies ont donné 55 guérisons, proportion beaucoup plus favorable que dans la première centaine. Mais quelle distance encore avec les succès des ovariotomistes anglais et français!

Dangers du nuage phéniqué. Le *listerism* est surtout critiqué et battu en brèche dans son pays d'origine. La chirurgie abdominale et l'ovariotomie en particulier offrent les principaux arguments à ses détracteurs. Une congestion des reins, rendue évidente par l'émission d'une urine rare, sanguinolente ou brunâtre, est signalée par M. Thornton, surtout lorsque l'emploi en est prolongé. Ayant observé cette complication plus fréquente et plus grave depuis qu'il emploie le listérisme dans toute sa rigueur, il l'attribue à cette cause. (Voy. NÉPHRECTOMIE.)

D'autres l'accusent de produire l'hyperpyrexie en agissant comme un poison irritant sur toute la surface irriguée. M. Lawson Tait et le docteur Bantock ont notamment réuni des observations pour prouver ce fait. La température la plus élevée, observée par Keith, l'aurait été dans trois ovariotomies faites antiseptiquement. Mais de deux séries comparatives de 36 ovariotomies chacune, faites par M. Ban-

tock, avec ou sans le nuage phéniqué, il résulte que la température a été de quatre dixièmes moins élevée avec cet agent. Néanmoins, la plus basse température observée l'ayant été dans une ovariotomie aseptique, il conserve toutes ses préventions contre ce moyen. Tous les témoignages sont ainsi invoqués contre cet agent : c'est un véritable acte d'accusation.

Mais les statistiques de l'hôpital de la Samaritaine, invoquées par M. Thornton, et les revendications personnelles de Spencer-Wells ont fait justice de ces accusations passionnées et injustes. M. Lawson Tait a avancé ainsi que les plaies faites sous le nuage phéniqué, *never head by first intention*, alors que le contraire est parfaitement établi. Et il donne comme preuve de sa nocuité que, sur 137 laparotomies qu'il a exécutées, 48 faites, avec des précautions extrêmes, par ce moyen, ont donné 5 morts, tandis que les 91 autres, où il n'a pas été employé, n'en ont amené que 6. Comme si l'on pouvait conclure de là qu'il en est plus dangereux !

Quant aux lésions rénales invoquées, M. Dovan, sur 41 autopsies faites après l'ovariotomie, n'a trouvé les reins normaux que 7 fois. Ce n'est donc pas le nuage phéniqué qui les altère ; ils sont souvent malades d'une manière latente avant son emploi. (*Royal med. and chir. Society*, 14 décembre.)

De cette longue discussion, dirigée contre le listérisme, il ne restera donc, encore une fois, que les efforts impuissants de ses détracteurs venant échouer contre l'évidence même des faits.

Sur 7 ovariotomies pratiquées successivement par le docteur H. Clarke, les 6 premières furent suivies de guérison, dont deux seulement avaient été faites sous le nuage phéniqué. Dans tous ces cas, le pédicule fut laissé à l'intérieur de l'abdomen, lié avec des fils de soie. L'une des opérées accouchait, un an après, de son premier enfant, et une autre, jeune fille impubère de quatorze ans, pesant 65 livres seulement, atteinte d'un kyste dermoïde contenant des fragments d'os, des dents et des cheveux, se promenait trois semaines après. Une péritonite générale, causée par la rupture d'un kyste, existait même dans un cas. C'était donc là une série de succès remarquables.

Au contraire, la septième, pratiquée en novembre 1879, avec toutes les précautions antiseptiques, sur une femme de quarante-deux ans, ayant un kyste uniloculaire très volumineux, de 55 livres, fut suivie de mort au onzième jour, sans tympanite ni douleur de l'abdomen. La plaie était presque entièrement cicatrisée, et l'autopsie ne montra que les traces d'une péritonite asthénique, attribuée par l'auteur au vide laissé par l'extraction d'une tumeur si considérable et une ligature trop serrée posée par un aide sur le pédicule. Le séjour de l'air causé par le vide et la mortification du moignon au-dessus d'une ligature trop serrée lui paraissent les conditions les plus dangereuses à cet effet. Il suffit que le nuage phéniqué cesse accidentellement quelques secondes, comme dans ce cas, pour que l'air contaminé des germes septiques détermine une issue funeste. Il appelle donc l'attention spéciale des ovariotomistes à ce sujet. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 15, avril.)

Danger du drainage. La difficulté de savoir quand la présence d'un tube est nécessaire pour l'écoulement des liquides et les graves dangers dont il peut être la source en font rejeter l'usage à M. K. Thornton. Il annihile en effet l'action de la méthode antiseptique, en ouvrant un passage à l'air, c'est-à-dire à la putréfaction, et retarde la cicatrisation et la convalescence. Le séjour à l'hôpital des opérées avec le tube est plus long que les autres. Il peut aussi causer une obstruction intestinale et une péritonite chronique. Il en rejette donc l'usage, comme celui de la ponction préalable, à moins d'une indication urgente. (*Lancet*, août et septembre.)

Drainage péritonéo-abdominal. C'est surtout au drainage péritonéo-vaginal, pratiqué avec un tube en verre, que les ovariotomistes ont eu recours jusqu'ici pour l'écoulement des liquides stagnants dans le petit bassin après l'ablation de l'utérus ou des ovaires. M. Kœberlé, de Strasbourg, a le plus contribué à le faire admettre en en montrant l'indication. Mais ce n'était là qu'une exception, et la nécessité d'inciser la paroi vaginale pour donner issue au tube empêchait de l'ériger en méthode générale, proposée par le professeur Nussbaum. (Voy. *année* 1874.)

On comprend néanmoins qu'il y ait le plus souvent exsudation de liquide après ces grandes manœuvres opératoires, ces mutilations de la femme, soit qu'il provienne directement des tissus divisés, soit des tissus ambiants par le vide résultant de l'ablation de la tumeur. La rupture des adhérences, donnant lieu le plus souvent à des hémorrhagies capillaires consécutives, doit surtout faire redouter ce danger du suintement après la fermeture de l'abdomen.

C'est en constatant la présence d'un litre au moins d'un liquide séro-sanguinolent franchement septique, à l'autopsie d'une de ses ovariotomisées, dont la mort était inexplicable autrement, que M. Léon Labbé comprit tout le danger de ces épanchements intra-péritonéaux, comme foyers d'infection meurtrière. Et de là sa résolution de laisser à l'avenir, dans la cavité péritonéale de ses opérées, un gros tube à drainage de 8 millimètres de diamètre et à parois épaisses, retenu au dehors par une longue épingle le traversant.

Le résultat de cette pratique a montré, d'après plusieurs observations, que des liquides divers s'écoulent par ce drain pendant les deux à trois jours qui suivent l'opération. L'action péristaltique des intestins et la contractilité insensible des tissus paraissent suffire à cet effet, malgré la direction ascendante du drain. Son innocuité dans la plaie est attribuée à l'influence du pansement phéniqué. Les suites en ont toujours été favorables, alors qu'en s'accumulant dans le petit bassin ces liquides non résorbés eussent infailliblement amené la septicémie. On peut enlever ce drain dès le quatrième jour.

Il est ainsi indiqué toutes les fois que l'on a lieu de prévoir la formation d'un épanchement consécutif à l'ovariotomie et à l'hystérectomie. La présence d'une ascite coïncidente et la rupture d'adhérences ayant donné un suintement sanguin, dont il y a toujours lieu de craindre le retour, sont les principales indications de ce nouveau drainage. (*Acad. de méd.*, 30 novembre.)

Adhérences. Elles étaient si nombreuses et solides dans un kyste ovarique volumineux que le docteur Cazin ne put l'extirper complètement. Il laissa alors la plaie largement ouverte, en déterminant des eschares superficielles sur les fragments du kyste avec une solution concentrée d'acide

phénique. L'élimination n'eut lieu qu'un mois après, et c'est en maintenant un gros tube à drainage à chaque angle de la plaie que la réunion secondaire des deux parois du kyste pût être obtenue. En diminuant la suppuration, l'acide phénique a permis d'obtenir la guérison dans ce cas compliqué. (*Acad. de méd.*, juin.)

Dans un cas où le grand épiploon adhérait en masse au kyste, le docteur Derville, de Roubaix, en a fait l'excision complète avec succès. (*Bull. méd. du Nord*, n° 6, juin.)

Grossesse consécutive. Voy. GROSSESSE.

Ovariotomie extra-péritonéale. Une femme de vingt-sept ans, mariée, sans enfant, et toujours très irrégulièrement réglée, fut admise à l'hôpital de la Samaritaine, le 2 juin, portant une tumeur élastique et obscurément fluctuante, s'étendant entre l'ombilic et le cartilage xyphoïde. Son immobilité fait diagnostiquer un kyste du ligament large, avec adhérences à la paroi abdominale et à l'utérus. L'ovariotomie est pratiquée le 20 juin par M. Thornton, qui, après l'incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche, met la tumeur à nu, recouverte seulement d'un tissu connectif vasculaire lâche, sans trace de péritoine. Toutes les recherches furent vaines pour en trouver la cavité. Le kyste fut ponctionné et vidé, mais sans pouvoir l'énucléer ensuite de sa capsule, intimement adhérente à sa paroi. Il fut de même impossible de le faire basculer, et il fallut le réséquer en masse. Au-dessous se trouvaient plusieurs petits kystes solides provenant évidemment de l'ovaire droit. L'examen montra, en effet, un kyste multiloculaire, à parois extrêmement épaisses, enveloppé dans une capsule de tissu connectif lâche et ayant un ovaire kystique à sa base.

Malgré quelques accidents consécutifs, l'opérée quitta l'hôpital le 20e jour, les ligatures ayant tombé dix jours auparavant. C'est le premier cas où M. Thornton, malgré son immense pratique, ait rencontré un kyste en dehors du péritoine. (*Lancet*, 21 août.)

Ovariotomie normale double. *Persistance de la menstruation.* Au mois de novembre 1879, M. Tillaux a pratiqué sur une fille de vingt-deux ans l'ablation des deux ovaires, qui

étaient malades. L'opérée a parfaitement guéri, et, depuis lors, elle a eu très exactement ses règles chaque mois. C'est le premier exemple de ce genre qu'il rencontre. Toutes les fois qu'il a exécuté l'ovariotomie double, les règles ont cessé.

Il en a été de même dans le cas d'hystérectomie pratiquée l'année dernière. Malgré l'excision complète de l'utérus et des trompes, sauf la portion intravaginale du col et un très petit moignon de la portion sus-vaginale, les règles ont continué chez l'opérée et reviennent exactement chaque mois, plutôt en avance, pendant trois ou quatre jours, quoique moins abondantes qu'avant l'opération.

Faut-il conclure, comme l'auteur, que ces faits sont contradictoires avec la physiologie de la menstruation dans ses rapports avec l'ovulation? Nullement. Si les deux ovaires ont été enlevés dans le premier cas, il reste à savoir s'il n'existait pas un ovaire surnuméraire, dont l'existence, démontrée à l'autopsie, n'est pas absolument rare. Leur excision peut rester aussi incomplète, surtout quand elle est pratiquée à l'aveuglette par le vagin. Il suffit que le moindre lambeau du stroma persiste pour déterminer une exhalation sanguine dans la matrice, comme le docteur Kœberlé l'a suggéré le premier. Il a suffi de même, dans le second cas, du moindre lambeau sus-vaginal du col, les ovaires étant conservés, pour que l'exhalation sanguine s'y fasse régulièrement chaque mois. Loin d'être des exceptions à la règle physiologique, ces faits en sont donc plutôt la confirmation, comme nous l'avons établi l'année dernière. (Voy. MENSTRUATION.)

Ovariotomie normale chez une hystérique. Voy. HYSTÉRIE.

P

PARALYSIES. Le diagnostic différentiel de la paralysie de la face peut être obtenu instantanément, d'après le docteur Strauss, pour savoir si elle est de cause centrale ou périphérique. Sous l'action d'un courant constant, les mus-

cles paralysés se contractent quand la lésion est centrale; ils restent immobiles quand le nerf facial est lésé. L'épreuve du jaborandi ou une injection sous-cutanée de pilocarpine est aussi décisive. Si la lésion est centrale, la sueur apparaît également sur les deux côtés de la face; elle ne se manifeste pas, au contraire, du côté paralysé si le nerf facial est seul atteint. L'expérience est donc aussi concluante que facile à faire.

Connexité des réflexes tendineux avec la contracture spasmodique. Ces deux phénomènes sont rarement inséparables, d'après M. Charcot : l'un annonce l'autre, celui-ci est l'avant-coureur, le prodrome de celui-là. Le phénomène bien connu du genou en est le type dans l'ataxie locomotrice, mais il existe différemment dans la plupart des autres paralysies.

Il est ainsi un signe précieux dans la paralysie avec contracture et atrophie musculaire, connue sous le nom de sclérose latérale amyotrophique, produite par l'altération symétrique des cordons latéraux de la moelle. Les réflexes tendineux se manifestent, dans ce cas, en fixant le genou; il suffit alors de redresser brusquement le pied, une fois ou à plusieurs reprises, pour voir aussitôt une trépidation de tout le membre se produire, tandis que, sur plus de quatorze cents expériences faites par Berger sur des individus différents à l'état sain, elle ne s'est produite que deux fois. C'est le phénomène du pied.

Dans certains états morbides, il suffit de percuter légèrement les tendons fléchisseurs de la main au niveau du poignet, ou le tendon du triceps un peu au-dessus de l'olécrâne, pour déterminer la flexion du poignet ou l'extension de l'avant-bras, ce qui n'a jamais lieu à l'état sain. C'est le phénomène de la main.

Ce signe, constaté des deux côtés, suffit à confirmer anatomiquement la sclérose latérale de la moelle qui paraîtra plus fréquente à mesure qu'on l'observera mieux.

La pachyméningite cervicale hypertrophique donne aussi lieu à des phénomènes analogues; mais sa longue durée en différencie cliniquement le siège. Ils existent de même dans la paraplégie spasmodique et hystérique, sans siège précis ni fixe. L'existence des réflexes tendineux est même un indice

de la contracture. On doit redouter cette complication chez les hystériques, quand ces phénomènes réflexes sont très prononcés.

Mais ils peuvent aussi faire complètement défaut dans les cas même où ils sont donnés comme type. Le phénomène du genou manque complètement chez certains ataxiques sans incoordination motrice. (*Journ. de méd. et chir.* février.)

Action des aimants. Un exemple remarquable en est relaté par le docteur Nothnagel. Un homme frappé de la foudre en 1873, en revenant à lui cinq heures après, s'aperçut qu'il ne pouvait plus se servir de sa main droite, devenue insensible et sur le dos de laquelle se trouvait une brûlure du volume d'un florin. Traité vainement par le galvanisme et les frictions pendant dix semaines, il recouvra subitement la sensibilité et le mouvement ensuite.

Cette guérison persistait en octobre 1879, quand soudainement, étant à son travail, sa main devint insensible et sans mouvement, exactement comme après son premier accident. La galvanisation fut de nouveau sans effet, et, au commencement de 1880, M. Nothnagel trouva l'épaule et le coude à l'état normal, tandis que le poignet était considérablement affaibli et les doigts presque sans mouvement. Atrophie sensible des inter-osseux, comme dans la première attaque, et diminution de l'irritabilité électro-musculaire ; anesthésie complète de la main et perte de la sensibilité limitée au-dessus du poignet. Des courants faradiques et voltaïques furent employés pendant plusieurs jours sans résultat. On appliqua alors un gros aimant en fer à cheval, employé pour des expériences sur l'anesthésie cérébrale. Les pôles furent placés sur la moitié *ulnaire* de la main. Une heure et demie après, le malade accusa des fourmillements, puis des picotements, et, en enlevant et réappliquant alternativement l'aimant, la sensibilité et la motilité étaient revenues à l'état normal en quatre jours, sans aucun transfert sur la main gauche.

Ce fait remarquable a incité l'observateur à faire des expériences intéressantes sur les lapins, imitant le coup de tonnerre dans ses formes les plus légères. (*Virchow archiv.*)

Paralysie générale syphilitique. Niée ou mise encore

en doute par certains cliniciens, en raison même du défaut de preuves anatomiques, cette forme doit trouver sa démonstration par les faits. En voici un des plus concluants, observé par le docteur Buzzard, à l'hôpital national des paralysés de Londres.

Un homme de quarante-quatre ans est pris, il y a un mois, sans coup ni blessure préalable, ni refroidissement ni aucun mal de gorge, d'un affaiblissement de la face à droite. A l'examen, la paralysie de la face est complète, ce qui lui ôte toute expression. Il ne peut ni siffler ni froncer les sourcils. Les muscles droits des deux yeux sont aussi paralysés. La salive s'écoule constamment. Langue tremblante non atrophiée. Il ne peut avaler d'aliments solides qu'avec difficulté ; liquides non régurgités. Flaccidité des sterno-mastoïdiens, n'aidant pas les mouvements respiratoires. Selles involontaires. Il se sert à peine de ses bras pour manger et ne peut se tenir debout. Flaccidité sans atrophie des muscles. Le phénomène réflexe du tendon de la rotule fait défaut dans les deux jambes.

Perte de la sensation tactile à la face, mais le froid et la chaleur sont différenciés. Anesthésie partielle sur les membres.

L'assa fœtida et l'ail sont reconnus par la narine droite et non par la gauche.

Myope ; diplopie ; fond de l'œil normal.

Audition normale.

Le goût du sel ni celui du sucre ne sont perçus.

Douleur lancinante dans la cuisse droite. Pas d'albumine dans l'urine.

On pensa d'abord à la paralysie ascendante de Landry sans atrophie musculaire ; mais le malade ayant révélé qu'il avait eu la syphilis à vingt-quatre ans, bien qu'il n'en portât aucune trace, dix grains d'iodure de potassium ou 65 centigrammes furent prescrits toutes les quatre heures. Une amélioration rapide s'ensuivit, et la dose de l'iodure, élevée à un gramme toutes les quatre heures, fut accompagnée d'onctions mercurielles.

En dix jours de ce traitement, l'anesthésie avait disparu et le pouvoir musculaire était croissant. Le malade marchait bientôt, et, après trois mois de traitement, toute trace de paralysie avait disparu. Il ne peut donc y avoir aucun

doute sur son étiologie syphilitique, suivant la conclusion du docteur Greenhow, président, malgré sa ressemblance avec la paralysie diphthéritique. (*Clin. Society*, 12 mars.)

Paralysie pseudo-hypertrophique. *Hérédité* (?) Sur une famille de sept enfants vivants, deux filles et cinq garçons, M. Moore a observé trois cas de cette maladie chez ceux-ci. Le père et la mère, mariés très jeunes, sont bien portants, quoique d'une faible santé, et n'ont jamais présenté aucun symptôme de cette maladie, ni leurs parents, ni leurs frères et sœurs. Les deux derniers enfants sont morts tout jeunes de convulsions, et l'aîné, Joseph, âgé de dix-sept ans, est très bien portant. Le cadet, au contraire, âgé de quinze ans, a commencé à éprouver de la difficulté à se relever dès l'âge de huit ans, en plaçant ses mains sur ses genoux pour se tenir debout. Il a graduellement perdu ensuite l'usage de ses membres et ne marche plus depuis quatre ans.

Le quatrième, Abraham, âgé de dix ans, a présenté les premiers signes de la maladie il y a trois ans : c'est un garçon intelligent, frais et bien portant; ses muscles fessiers et les fléchisseurs de la cuisse et du bras sont gros et fermes; mais, pour se mettre au lit, il ne peut s'aider ni de ses bras ni de ses jambes, pas plus qu'il ne peut les lever ni la tête, dès qu'il est assis ou couché. La moindre pression sur ses cuisses ou toute autre partie charnue du corps laisse une empreinte d'un rouge bleuâtre en quelques secondes. Il a une incontinence d'urine dont l'autre est exempt.

Georges a sept ans ; c'est l'avant-dernier de la famille, et, depuis deux ans déjà, il a augmenté ou plutôt grossi rapidement. Il marche encore et court assez bien sur un plan uni ; mais, dès qu'il s'arrête ou qu'il monte, il est obligé de placer ses mains sur ses genoux. Il se fatigue très vite et réclame la voiture dès qu'il a parcouru quelques cents mètres. Légère courbure des lombes. Sous l'influence de l'arsenic et l'application de courants continus, une amélioration est survenue, tandis que son frère Abraham n'en a éprouvé aucune. L'hérédité est ainsi évidente dans cette malheureuse famille. (*Lancet*, n° 25, juin.)

Un fait analogue a été constaté à Paris, par M. Cornil. Le frère du malade, soumis le premier à la Société médi-

cale des hôpitaux en 1867 par M. Bergeron, s'est présenté à l'hôpital Saint-Antoine atteint de la même affection. Son frère est mort, en 1870, et à l'autopsie, faite avec soin, les muscles hypertrophiés furent reconnus graisseux, avec atrophie des faisceaux primitifs. Rien ne fut trouvé dans les nerfs ni dans la moelle. C'est donc là une paralysie essentielle des muscles.

Comme dans le cas précédent, les parents de ces enfants sont bien portants. Il n'y a donc pas hérédité, dit M. Cornil. Comment admettre cependant que cette dégénérescence graisseuse des muscles se montre sur plusieurs membres de la même famille, s'ils n'en avaient reçu le germe en naissant et par le fait même de la génération ?

A un degré très avancé de cette dégénérescence musculaire, les os voisins, comme la rotule, peuvent même s'atrophier. M. Dujardin-Beaumetz en observe un exemple, et le même fait a été constaté par M. Moore. On doit donc y faire attention. (*Soc méd. des hôp.*, juin.)

Paralysies intestinales simulant l'obstruction. Voy. OBSTRUCTION.

Des paralysies dans les maladies aiguës. Thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, par Landouzy. 1 vol. in-8° de 400 pages. Paris.

Après la paralysie diphthéritique, qui est la mieux connue et dont il cite les exemples les plus graves et exceptionnels, viennent celles de la fièvre typhoïde, générale et localisée, sinon hystérique et agitante, de la fièvre rémittente et intermittente, des fièvres pernicieuses, éruptives, comme la variole et la scarlatine, de la dyssenterie, des entérites, du choléra. Elles peuvent même se manifester dans toutes les autres pyrexies, lorsque, par leur intensité ou la prédisposition des malades, elles exercent surtout leur influence sur le système nerveux. De là l'intérêt de cette monographie.

PEPTONES *au suc de Carica papaya.* On obtient des peptones avec le suc extrait du tronc, des feuilles ou des fruits du Carica papaya, arbre cultivé dans différentes contrées du nouveau monde. (Voy. FERMENTS.)

Ce suc contient essentiellement comme matière active :

Un principe, nommé papaïne par Wurtz, dont les propriétés se rapprochent beaucoup de celles de la pancréatine animale;

Une substance huileuse, d'une odeur et d'une saveur désagréables, très tenaces, qui, à la dose de 2 à 4 centigrammes, est un excellent vermifuge. Ce liquide possède une action extrêmement irritante, et ses effets sur la muqueuse gastrique sont à redouter.

Le pouvoir dissolvant du suc de Carica est très faible; il faut de 25 centigrammes à un gramme de suc pour peptoniser 10 centigrammes de viande.

Au point de vue pratique, ces peptones offrent donc peu d'intérêt. Dans les essais faits sur la viande avec le suc de Carica papaya, le seul résultat obtenu après l'opération, c'est que les liqueurs peptonisées précipitent indéfiniment par l'acide nitrique, ce qui indique que la viande est plus ou moins transformée, mais non pas complètement digérée.

La papaïne peut être employée dans la dyspepsie et les maladies chroniques des voies digestives, de préférence à la pepsine animale, si souvent de mauvaise qualité et infidèle. Du sirop, du vin et de l'élixir de papaïne sont préparés à cet effet. Une solution de ce suc pourrait même être injectée dans les tumeurs cancéreuses, les adénomes, les myxomes, pour les ramollir et les détruire sur place, dans la zone imbibée par le ferment. Ces expériences ont déjà été faites avec succès. (*Assoc. française*, août.)

Des peptones au point de vue thérapeutique, par M. A. Catillon, pharmacien. Brochure de 16 pages in-8°. Extrait du *Bull. de thérap.*, février.

Indications scientifiques, claires et précises, pour l'emploi des peptones à la digestion des aliments, aussi bien en lavements que dans l'estomac, avec des expériences et des observations à l'appui. De là le succès des produits de l'auteur, sous forme de vin et sirop.

PÉRIOSTITE EXTERNE. En désignant exactement l'inflammation de la surface externe du périoste (Voy. *année* 1878), cette nouvelle dénomination n'est pas encore définitivement acceptée. Tout en reconnaissant l'exactitude de ce siège limité, les observateurs persistent à faire de son

exsudation séro-albumineuse une distinction spéciale qui la séparerait de tous les autres modes d'inflammation : séreuse, fibrineuse, plastique, purulente. M. Nicaise la range ainsi parmi les abcès séreux (Voy. *année* 1879), comme MM. Ollier et Poncet l'ont distinguée par l'adjectif albumineuse. Mais toutes ces distinctions subtiles s'effacent et restent vaines, depuis que de nouveaux faits ont démontré que cette exsudation variait d'aspect et de nature suivant les périodes ou les degrés de l'inflammation même. A son premier stade anatomique, l'exsudat est en effet séro-albumineux, comme au début de toute autre inflammation légère, lente, et si elle reste telle dans quelques cas, malgré l'abondance parfois considérable du liquide, c'est le signe qu'elle ne change pas, tout en s'étendant parfois.

Mais l'exsudat peut se modifier et change même dans la plupart des cas. Si l'inflammation tend à se résoudre, les parties liquides se résorbant, l'exsudat se concentre et devient filant comme de la synovie. Plusieurs observateurs l'ont caractérisé par ce mot. S'il y a des poussées congestives, il deviendra louche par le passage des globules blancs en quantité variable, et il peut même devenir purulent par la présence de ceux-ci en grande quantité. M. Cazin en a observé un cas par la formation d'un abcès purulent qui, aussitôt ouvert, s'est guéri, sans carie ni nécrose de l'os : preuve qu'il n'était pas atteint.

A l'appui de cette interprétation et pour la corroborer, M. Duplay publie *in extenso* l'observation d'un cas bien plus concluant, observé sur un ouvrier de vingt-sept ans, entré, le 29 avril 1879, à l'hôpital Lariboisière, pour un orifice fistuleux à la partie externe du tiers supérieur de la cuisse droite. Après des douleurs du genou droit, provoquées par le travail dans un sous-sol très humide, les pieds toujours dans l'eau, il lui était resté une grosseur de la cuisse, à laquelle il faisait peu d'attention, lorsque de nouvelles douleurs étant survenues, deux ans après, dans les articulations du coude, du poignet et du genou, avec fièvre, qui le tinrent couché quatorze jours, il s'aperçut que la grosseur de la cuisse avait augmenté. Le 14 mars, elle avait le volume d'une tête d'enfant avec peau rouge et tendue. Elle perça spontanément deux jours après, et il s'en écoula un liquide filant comme de la gomme avec des grumeaux

blanchâtres. Il continua néanmoins de marcher pendant dix jours ; mais les douleurs, en se localisant, déterminèrent la fièvre, qui le fit entrer à l'hôpital plus d'un mois ensuite.

L'orifice, très étroit, ne présente ni rougeur ni chaleur. Le stylet introduit remonte jusqu'au grand trochanter, sans dénudation appréciable. Une sérosité jaunâtre très fluide s'en écoule et se coagule par la chaleur et l'acide nitrique. Amaigrissement du membre, dont le diamètre, au milieu de la cuisse, est de 3 centimètres moins qu'à gauche. La région trochantérienne semble aussi plus volumineuse. Mais l'absence de douleur spontanée, en frappant le pied ou en refoulant la tête fémorale, indique assez que l'articulation est intacte. De là le diagnostic de périostite rhumatismale externe. L'absence de fièvre permet l'expectation, et, dix jours après, la sécrétion est seulement plus visqueuse, analogue à de la sérosité provenant des kystes de l'ovaire. L'analyse chimique la montre composée de :

Eau	956,65
Matières organiques	36,05
Sels inorganiques	7,30

Jusqu'au mois de juin, la sécrétion diminue et permet au malade de se lever et de marcher sans douleur, lorsque, le 2 juin, des douleurs, avec fièvre, surviennent dans l'épaule gauche, et se propagent au poignet les jours suivants, puis dans la hanche droite, malgré le séjour au lit. Bientôt, la sécrétion devient trouble et plus abondante et même séro-purulente, puis complètement purulente le 10. C'était manifestement une nouvelle attaque rhumatismale, avec élévation de température à 38° le matin et augmentation le soir.

La fistule est alors agrandie, et le doigt arrive dans une poche limitée par l'os, trouvé sans dénudation sensible. Malgré le pansement de Lister et l'usage du salicylate de soude, une pleurésie survient à droite, et c'est ainsi que l'écoulement de la plaie est alternativement séreux ou purulent, suivant les phases de la maladie, par suite du passage de la pleurésie de droite à gauche, pleurésie que l'on peut taxer de rhumatismale. Pendant plus d'un mois, le malade reste dans cet état fébrile, et l'écoulement, de purulent, redevient ensuite définitivement séreux, puis filant comme de

la synovie; enfin la fistule se ferme, et ce garçon sort complètement guéri le 14 août.

C'est surtout au point de vue de l'étiologie évidemment rhumatismale que cette observation est remarquable. La concordance d'attaques articulaires avec poussées congestives vers la tumeur explique manifestement les modifications, les changements du liquide sécrété par le périoste enflammé. Il reste séreux tant qu'il n'y a pas de fièvre, et celle-ci le fait devenir purulent. L'exsudation de la périostite externe peut donc être alternativement séreuse et purulente.

Au début, elle est séreuse le plus souvent, car ce fait vient s'ajouter à ceux de M. Nicaise. Éclairé par celui-ci, M. Duplay attribue cette sécrétion particulière à la nature rhumatismale de l'inflammation externe du périoste. L'influence du froid humide est, en effet, notée explicitement dans presque tous les autres cas, notamment celui de M. Poncet. Le rhumatisme ayant fort peu de tendance à la suppuration, on comprend que cette inflammation reste au premier degré et que des abcès séreux paraissent ainsi naître spontanément. Le tissu conjonctif est souvent pris dans la diathèse rhumatismale, et MM. Guyon et Davenne ont signalé récemment ces œdèmes rhumatismaux envahissant un membre et formés anatomiquement par l'infiltration de la sérosité dans les mailles du tissu sous-cutané, dont une couche fine et lamelleuse assez serrée se trouve sur le périoste. (*Archiv. de méd.*, décembre.)

PHTHISIE. *Fréquence à Paris.* La phthisie pulmonaire prélève, sur la population des hôpitaux de Paris, un tribut mathématiquement réglé de 200 à 300 décès par mois. Les variations saisonnières sont peu considérables, mais également bien réglées. *La mortalité s'abaisse ainsi normalement au plus bas de sa courbe pendant le trimestre d'été, s'élève ensuite graduellement pendant les deux trimestres d'hiver, puis atteint son point culminant au printemps, pendant le deuxième trimestre de chaque année.* Sur 6128 phthisiques entrés dans les hôpitaux de Paris en 1879, 3152 sont morts, d'après la statistique officielle suivante du docteur E. Besnier :

1er trimestre	1132	entrées.	778	décès.
2e trimestre	1857	—	880	—
3e trimestre	1633	—	744	—
4e trimestre	1506	—	750	—

Ces chiffres montrent que la population pauvre et malheureuse est beaucoup plus cruellement frappée de cette terrible maladie que la population aisée. La supputation des sept dernières années a donné une moyenne exacte de 8005. La mortalité hospitalière de 1879 donne donc une proportion de 37 0/0 de ce nombre total. Or la mortalité générale, à Paris, étant de 311 624 décès de 1872 à 1878 inclusivement, dont 83 182 dans les hôpitaux, il s'ensuit que la proportion est de 26 0/0 seulement. C'est donc 11 0/0 de victimes en plus que la phthisie fait sur la population pauvre que sur les autres maladies.

« Si j'ai réuni tous ces chiffres, dit le rapporteur, ce n'est pas par amour pour la statistique, ni même pour fournir à la pathologie actuelle des données précises et établir les lois de la mortalité par tuberculisation pulmonaire, à Paris, à la fin du XIXe siècle, ou pour fixer le tracé précis de sa courbe obituaire. C'est pour montrer à leur place et bien mettre en saillie des faits que ne semblent pas connaître exactement tous ceux qui ont charge de la santé publique; c'est pour montrer une fois de plus, aux yeux de tous, cette plaie terrible des classes déshéritées; c'est dans l'espoir, toujours déçu jusqu'ici, de voir instituer enfin une organisation de l'assistance humanitaire et médicale aux phthisiques, c'est-à-dire des services hospitaliers en nombre suffisant pour mettre fin aux lamentables pérégrinations des phthisiques, partout refusés, faute de place; le rapatriement facilité à tous ceux qui peuvent en bénéficier; peut-être, enfin, des asiles maritimes sur les plages méridionales, pour affirmer l'égalité du pauvre et du riche devant le droit à l'existence. » (*Soc. méd. des hôpit.*, 23 janvier.)

Contagiosité. Sa démonstration, faite par le docteur Tappeiner, en faisant inhaler à des chiens une solution aqueuse de crachats tuberculeux (Voy. *année* 1878), a reçu une contre-épreuve confirmative. L'identité qu'il est de mode d'admettre aujourd'hui entre la scrofule et le tubercule lui a suggéré l'idée de l'éprouver expérimentalement. Le pus provenant des ganglions suppurés d'un garçon scrofuleux de cinq ans fut recueilli journellement, et 50 centigrammes mêlés à 100 grammes d'eau furent inhalés durant un quart d'heure, pendant dix jours successifs, à trois chiens, tandis

que deux autres témoins étaient soumis séparément à l'inhalation des crachats de phthisiques.

Vingt-trois jours après, ces deux derniers chiens furent sacrifiés en même temps que l'un des premiers. Celui-ci n'offrait rien à l'autopsie, quoiqu'ayant toussé et maigri pendant l'expérience, tandis que des noyaux tuberculeux furent constatés dans les poumons et la rate des deux autres. L'examen microscopique en mit la nature spéciale hors de doute. Les deux autres chiens, sacrifiés vingt-neuf jours après l'inhalation du pus scrofuleux, donnèrent le même résultat négatif. D'où la preuve que l'inhalation du pus caséeux des ganglions scrofuleux ne produit aucune infection, contrairement aux crachats tuberculeux ; ce qui montre une différence essentielle entre la scrofule et la tuberculose.

Pour déterminer la durée de l'incubation du tubercule ainsi communiqué, trois chiens furent soumis à l'inhalation des crachats tuberculeux. L'un fut tué le treizième jour. Il toussait depuis huit jours et avait diminué notablement de poids. Aucun tubercule ne fut trouvé dans les organes. Le second, tué le dix-neuvième jour, n'en avait pas davantage, mais le dernier, tué le troisième mois, présentait de nombreux tubercules dans les poumons et les plèvres. D'où la preuve que la durée de l'incubation varie seulement du dix-neuvième au vingt-troisième jour de l'inhalation.

A la suggestion du professeur Waldenburg, des inhalations avec 16 grammes de crachats d'une simple bronchite chronique furent également pratiquées à deux autres chiens, qui furent tués le vingt-huitième jour de l'expérience. L'autopsie montra des poumons parfaitement sains, sans aucune trace de tubercule. Ce qui démontre l'action spécifique des crachats tuberculeux.

Ces expériences, faites à Berlin sous la direction du professeur Virchow, ont eu leurs résultats pathologiques confirmés par Grawitz, Israël et Friedlander, pour les rendre plus concluants et hors de toute contestation. (*Virchow archiv.*)

Respiration saccadée. M. Peter accorde une valeur décisive à la constatation de ce signe du premier degré. Elle s'entend parfois, dit-il, chez les hystériques; mais elle est

éphémère et semble due à une certaine émotion de la respiration. Cette saccade nerveuse a d'ailleurs un caractère de douceur que ne possède pas la respiration saccadée d'origine tuberculeuse. Celle-ci est attribuée à la différence de souplesse des diverses tranches du poumon. Les parties saines se déplissant les premières dans l'inspiration et les parties envahies par les granulations se déplissant ensuite, selon leur degré d'altération, il en résulte ces saccades de la respiration.

Température locale. C'est en avant, dans le deuxième espace intercostal, qu'il faut la rechercher, suivant M. Peter. Dans les cas de lésions tuberculeuses, on constatera dans ce point une élévation relative de la température, atteignant parfois plus d'un degré. Il n'est pas nécessaire que la lésion tuberculeuse soit fort avancée, car, dans la tuberculisation commençante, chaque granulation est le siège d'un travail intime, trophique, qui produit du calorique. L'hyperthermie locale la plus élevée se rencontre surtout dans la pneumonie caséeuse. On trouve parfois 39 à 39°,5 et même 40°,5 au lieu de 36°,8, qui est le chiffre normal de la température de la paroi thoracique. Elle peut ainsi dépasser d'un demi-degré à un degré et demi la température axillaire voisine. (*Leçons de clinique médicale*, par le professeur Peter, tome II, Paris, 1879.)

En s'affirmant de plus en plus par le contrôle clinique, ce signe acquiert une nouvelle importance pour marquer les points hypérémiés, congestionnés, et les différencier de ceux qui le sont moins. Comme l'avaient déjà constaté MM. Planat et Hugues (Voy. *année* 1879), M. Brebion a confirmé cliniquement et anatomiquement, par plusieurs observations faites dans le service du professeur Lépine, de Lyon, que, de deux poumons tuberculeux, c'est celui dont les lésions sont le moins avancées qui offre toujours la température la plus élevée. Le bras correspondant participe même à cette élévation, ce qu'il attribue à une action vasomotrice de nature réflexe. La thermométrie locale peut donc servir doublement au diagnostic de la congestion locale du poumon et, indirectement, de la tuberculisation. (*Revue mensuelle*, juillet.)

Le *pouls veineux*, sur le dos de la main, où il est plus apparent qu'ailleurs, serait, d'après M. Peter, un signe de mort prochaine chez les phthisiques. Les veines deviennent bleuâtres, torpides, flexueuses, et les battements en sont surtout visibles aux angles de courbure. On les augmente encore en comprimant le poignet légèrement. Bien que rare, ce signe indiquerait la paralysie commençante de la tunique musculaire, permettant de passer si rapidement des artères dans les veines, que son cours n'a pas le temps d'être modifié. Sa progression saccadée est alors transformée en progression continue. (*Soc. de méd. clinique.*)

Injections contre la toux. Une pleine seringue d'eau distillée, avec quelques gouttes d'hydrolat de laurier-cerise, injectée sous la peau dans les régions sous-claviculaires ou cervicales les plus rapprochées des lésions internes, a suffi à M. Landouzy pour arrêter la toux qui se produit soit lors de la digestion, soit avant le premier sommeil. Et ce n'est pas seulement dans la phthisie pulmonaire que le calme est ainsi obtenu. Il se produit de même dans la phthisie laryngée, en faisant la piqûre sur les côtés du larynx. De même dans les pleurésies circonscrites ou dans les bronchites des sommets, en injectant surtout les points douloureux. Si intense, répétée ou rebelle que soit la toux, dans tous ces cas, elle cesse ordinairement aussitôt. Tout le danger est d'éviter l'accoutumance. (*Progrès méd.*) Confirmation de l'action sédative des injections d'eau simple contre la douleur.

Inhalations de benzoate de soude. Le mode d'action supposé de cet agent est la destruction des bactéries spécifiques produisant la tuberculose. Mais, les preuves de cette théorie faisant encore défaut, on peut s'en tenir aux effets, et les seuls connus jusqu'à ce jour sont des expérimentations sur les lapins. En les soumettant à ces inhalations dans une boîte, le professeur Klebs et le docteur Schneller ont vu ces animaux être réfractaires ensuite à l'inoculation de la tuberculose. Rien ne montre jusqu'ici qu'il en soit de même chez l'homme, et ce n'est que par l'application directe de ce moyen sur les phthisiques que l'on pourra en juger.

En faisant inhaler cette solution plusieurs fois par jour

à douze phthisiques, le docteur Closson en a observé les effets suivants : Par l'irritation qui en résulte, l'inhalation ne peut durer que quelques minutes, dix au plus. Les efforts d'inspiration et la fréquence de la toux amènent rapidement la fatigue. Une bien faible quantité de liquide peut donc pénétrer dans les voies respiratoires. Chez tous, l'expectoration fut très abondante, et l'irritation du larynx obligea de suspendre à plusieurs reprises chez deux malades. La rougeur de l'épiglotte et des replis épiglottiques était plus vive ensuite. Au contraire, deux autres ont pu les continuer pendant trois mois sans aucune irritation. La durée des inhalations a varié de cinq à cinquante-quatre jours, avec une moyenne journalière de 3 à 400 grammes de liquide, soit 15 à 20 grammes de benzoate.

Un seul malade a éprouvé des hémoptysies à deux reprises. La fièvre n'en a été ni diminuée ni augmentée dans aucun cas. Ce moyen est donc sans effet sur la cause qui la produit et semble ainsi sans action destructive sur le microbe de la phthisie.

Quelques malades ont accusé un certain bien-être après ces inhalations. La toux s'apaisait et l'expectoration diminuait ; mais ce fut toujours momentanément, excepté dans un seul cas. L'examen de la poitrine n'a jamais donné aucun signe évident d'amélioration. Un malade ayant succombé pendant le traitement, les vastes cavernes rencontrées dans les lobes supérieurs étaient remplies de pus, sans que leurs parois montrassent aucune trace d'un travail réparateur. (*Soc. méd.-chir. de Liége.*)

Il clima di Catania, contribution à la climatologie médicale de la Sicile, par le docteur Ughetti. Brochure in-12 de 85 pages. Palerme, 1879. Des tableaux synoptiques de la température journalière par mois et saisons, pendant la période de 1867 à 1878, forment la base de ce travail, avec la comparaison de celle des autres stations hivernales. La moyenne des pluies et des vents en est également indiquée. Il en résulte que, pendant l'hiver surtout, Catane peut offrir aux malades de la poitrine une température constante, de 10 à 11° au dessus de zéro, sans variations très sensibles, avec un vent dominant du sud-ouest et une humidité très modérée. Ce sont là sans doute des conditions avanta-

geuses. Et, si la température n'est pas si élevée qu'à Nice et à Madère, elle est plus élevée qu'à Menton et moins humide et variable.

Mais, en fait de stations sanitaires, la salubrité générale du lieu est un facteur essentiel, et l'auteur est à peu près muet à cet égard. Il ne parle pas des maladies régnantes et fort peu de la mortalité. Mais en ayant indiqué, d'après le professeur Tommaselli, que les fièvres intermittentes y sont endémiques et que des fièvres continues peuvent y régner épidémiquement, même en hiver, c'est là une contre-indication formelle pour y envoyer des valétudinaires, plus exposés, par leur faiblesse même, à contracter les maladies régnantes. Les phthisiques en particulier pourraient y courir des risques plus grands que dans leur domicile, car l'antagonisme des fièvres avec la phthisie, imaginé par Boudin, ne se réalise pas plus en Sicile qu'en Algérie ni ailleurs.

PILOCARPINE. *Action æsthésiogène*. Chez un hémi-anesthésique qui ne suait pas du côté anesthésié, le professeur Grasset, de Montpellier, fit prendre une infusion de 6 grammes de jaborandi. En provoquant la sueur, ce précieux sudorifique ramena en même temps la sensibilité générale et spéciale.

Un saturnin, frappé d'anesthésie cutanée sur plusieurs points, reçoit une injection de 1 centigramme de pilocarpine. L'anesthésie disparaît bientôt sur plusieurs points, à mesure que la sueur apparaît. Certains îlots restés insensibles sont traités localement par des injections de 3 milligrammes seulement. Une zone rouge apparaît, et l'anesthésie cesse aussitôt.

Loin de voir là une action spécifique, le docteur A. Bordier juge que c'est simplement le résultat de l'hyperémie des glandes sudorales. En provoquant une suractivité de la circulation, celle-ci ramène momentanément la sensibilité disparue, comme le font un sinapisme, le vésicatoire et même une simple friction. La rougeur et la sudation déterminées par le jaborandi ont ainsi débuté sur la trace d'un vésicatoire datant de quinze jours et s'y montrèrent plus prononcées, au rapport de M. A. Robin. Il a de même constaté le retour momentané de la sensibilité des bras chez deux saturnins, à l'hôpital Beaujon, sous la seule influence du

jaborandi. A plusieurs reprises, elle reparaissait, dès que ce médicament était employé, pour disparaître un ou deux jours après. (*Journ. de thérap.*, 1879, janvier et avril 1880.)

En confirmant que ces anesthésies sont d'origine humorale et vasculaire, c'est-à-dire sous l'influence en grande partie de l'anémie de la peau, ordinairement froide et pâle, ces faits dévoilent l'action simple de certains médicaments que l'on pourrait croire doués de propriétés æsthésiogéniques spéciales, comme les aimants, l'électricité. (Voy. HÉMI-ANESTHÉSIE.)

Emploi ocytocique. De graves accidents en ont été observés en Amérique qui seraient une objection formelle à son emploi. C'est une sécrétion bronchique excessive, une bronchorrhée profuse déterminant l'asphyxie. Le professeur Gaillard Thomas, l'ayant administrée contre un coma urémique après l'accouchement, observa ensuite ces graves accidents. Trois éclamptiques, ayant reçu des injections de pilocarpine, éprouvèrent des phénomènes de suffocation par l'impossibilité d'expectorer le mucus sécrété dans les bronches. Deux succombèrent et présentèrent de l'œdème des poumons à l'autopsie. La troisième fut traitée par des injections sous-cutanées d'atropine et guérit. (*Archiv. de gynécol.*)

Chez un enfant atteint d'anasarque scarlatineuse compliquée de symptômes urémiques, ces injections furent également suivies de troubles pulmonaires graves, d'après le docteur Napier. Il fut pris subitement de dyspnée intense, avec toux fréquente, gonflement de la tête et de la face, cyanose de la peau, de la poitrine et de l'abdomen ; râles bulleux gros et fins. Sous l'influence des diurétiques à haute dose, le malade guérit. (*Glasgow med. journal*, décembre 1879.)

Antagonisme avec l'atropine. L'action sudorifique de la pilocarpine étant neutralisée directement par l'atropine, on s'est demandé si rationnellement celle-là ne pourrait pas neutraliser à son tour les effets toxiques de celle-ci. Sydney Ringer et Gould l'ont ainsi employée avec succès dans un cas d'empoisonnement par l'atropine. Le docteur Chouppe, qui indique ce fait dans la *Gazette hebdomadaire* du 27 fé-

vrier 1880, n'en donne pas la vraie source dans la *Lancet*, car le numéro du 20 janvier 1880 n'existe pas. Quoi qu'il en soit, les fréquents accidents toxiques provoqués par l'emploi de l'atropine en collyre, ou autrement, contre les sueurs par exemple, peuvent être combattus rationnellement par une injection sous-cutanée de pilocarpine, dont l'innocuité permet de l'employer sans crainte en pareil cas.

Inférant de son action sudorifique et de ses effets sur la pousse des cheveux et des poils, le docteur O. Simon l'a employée dans son service clinique des maladies de la peau, à l'Université de Breslau. Il en a obtenu d'excellents effets contre le prurigo, en pratiquant tous les jours, chez les adultes, une injection sous-cutanée de un gramme d'une solution de 2/100 de chlorhydrate de pilocarpine. Le sirop de jaborandi, à la dose de deux à trois cuillerées par jour, peut la remplacer. Dès les premiers jours, les démangeaisons diminuent et disparaissent bientôt complètement, mais les récidives sont toujours à craindre.

Essayée contre le pemphigus, le psoriasis et d'autres maladies de la peau, la pilocarpine n'a donné aucun résultat. (*Berl. klin. med. Woch.*, décembre 1879.)

Elle a aussi été introduite dans le traitement des scarlatines. Une injection hypodermique en a été faite avec succès à l'hôpital des fièvres de Cork.

PLAIES CAVITAIRES. Nouvelle classe ajoutée à l'ancienne division des plaies qui régnait depuis John Hunter, en 1786, et rééditée en France par M. J. Guérin, en plaies exposées et plaies sous-cutanées. Les plaies ou déchirures, les ruptures de la vessie produites par les fractures du pubis, comme celles du poumon et de la plèvre résultant de la fracture des côtes, celles des ouvertures naturelles, comme la bouche, le pharynx, le rectum, l'anus, ou celles des organes profonds produites par un mécanisme analogue, ne son souvent ni exposées à l'air ni sous-cutanées. Elles participent à la fois de ces deux caractères dans d'autres cas, et c'est ainsi que, pour combler les desiderata de cette division systématique, le professeur Verneuil proposait dans son enseignement, dès 1872, de réunir sous le nom de plaies cavitaires toutes les lésions de ces organes, qu'elles communiquent ou non avec l'air atmosphérique. (*Considérations*

sur le siège des lésions traumatiques, avec proposition d'une nouvelle classification, thèse inaugurale, par Mascarel ; Paris, 1872, n° 45).

La fièvre qui succède aux plaies cavitaires et ses différences avec celle des plaies exposées ou non justifient surtout cette nouvelle classification. Au lieu de la fièvre simple ou traumatique succédant à une amputation par exemple, caractérisée essentiellement par son développement lent et graduel, n'atteignant son maximum que du deuxième au troisième jour, et qui fait défaut ordinairement dans les plaies interstitielles et sans accès avec l'extérieur, elle s'allume, au contraire, vive et intense, presque aussitôt et sans refroidissement intermédiaire dans les plaies cavitaires. Le thermomètre monte subitement à 39 ou 40° dans les douze heures, comme dans l'érysipèle, la lymphangite et les fièvres éruptives. Du matin au soir, l'aspect a changé complètement. D'où le nom spécial de *fièvre cavitaire* qui lui est appliqué par le docteur Maurice Jeannel pour la distinguer de la fièvre traumatique ordinaire. Et il démontre péremptoirement ce fait distinctif, en mettant en parallèle les relevés thermométriques d'une résection du poignet pour une ostéo-arthrite non ulcérée, où la température ne s'est élevée graduellement à 39°,1 que le troisième jour, tandis qu'elle est montée immédiatement de 2° à 39°,9 et 40°,2 le jour même, après de simples débridements fistuleux. D'où la preuve qu'il y a, dans ces traumatismes cavitaires, une absorption immédiate, par la plaie, des principes septiques ou putréfiés préexistants dans la cavité. De là l'intoxication et la fièvre en résultant aussitôt, qu'il y ait ou non communication avec l'air extérieur.

Ce n'est donc pas l'air qui produit la fièvre traumatique, comme le supposait gratuitement M. J. Guérin, en faveur de ses ténotomies et myotomies sous-cutanées, et contre lequel il a imaginé bien gratuitement aussi un appareil compliqué et dispendieux pour mettre les plaies à l'abri de l'air. Tout cela devient inutile et superflu, dès que les liquides septiques sont les seuls coupables. Il suffit d'en empêcher l'absorption pour prévenir la septicémie et ses redoutables conséquences.

Tel est le but principal d'un travail très compendieux de M. Jeannel indiquant les divers moyens à employer quand

le traumatisme porte sur les cavités naturelles, comme la bouche et l'estomac, c'est-à-dire les cavités muqueuses, où la réunion immédiate, possible quelquefois, ne s'impose pas au chirurgien, et où le pansement de Lister ne peut être appliqué. Il ne s'agit donc ni des cavités pathologiques, comme les abcès et les kystes, ni des cavités naturelles devenues pathologiques, comme la pleurésie purulente.

Faire des plaies non absorbantes au moyen des divers instruments aujourd'hui au pouvoir du chirurgien et que tout praticien connaît, ou, si ces plaies sont devenues absorbantes, les empêcher d'absorber par la cautérisation, l'escharification, l'application médiate ou immédiate des divers antiseptiques, avec des observations cliniques à l'appui, telle est la thèse de l'auteur, en passant successivement des opérations sur la bouche, l'œsophage, l'estomac et l'intestin, le rectum, à celles de la vessie et de l'urèthre, du vagin et de l'utérus. Au point de vue spécial de la fièvre consécutive à ces opérations et des divers moyens antiseptiques à leur opposer, cette revue a sans doute de l'intérêt et de l'utilité, du nouveau même parfois ; mais ce chapitre de pathologie et de thérapeutique externe est trop étendu pour qu'il y ait lieu de s'y appesantir ici. (*Revue mensuelle*, nov. et déc.)

PLEURÉSIE. *Abus de la ponction.* Une réaction croissante se manifeste contre ce puissant moyen par l'abus qui en a été fait. Comme le professeur Peter, M. Arnould trouve que les jeunes générations s'occupent trop de l'épanchement et pas assez de la plèvre malade, et il voudrait aussi que le traitement médical par les saignées locales, les cataplasmes et les purgatifs, reprît une plus grande importance, comme par le passé.

Mais il tombe dans un excès contraire, en condamnant absolument le vésicatoire. Nuisible au début, dit-il, impuissant dans la période d'état, il est inutile dans la phase de régression. (*Rec. de méd. et de chir. milit.*, n° 1, janvier.) Ce n'est pas en proscrivant, en excommuniant aussi légèrement des moyens qui ont conquis une place si importante, que l'on parviendra à les détrôner. La diminution de l'épanchement coïncide trop souvent avec l'emploi de ce moyen pour convaincre qu'il ne sert à rien qu'à donner du prestige au médecin et de la confiance au malade.

Mort subite. La thoracentèse en est regardée comme une cause déterminante, par M. Leichtentern, quand il existe des thrombus ou des concrétions fibrineuses dans le cœur droit. Elles peuvent en être détachées soudainement par l'accélération circulatoire résultant du vide de l'épanchement. Mais celui du côté gauche n'influe pas plus directement à cet égard que le droit, comme l'a dit Bartels. Dans les 52 cas relatés dans la science, l'épanchement siégeait 31 fois à droite et 21 à gauche. Le cœur, repoussé au maximum à droite par un épanchement gauche, ne détermine jamais un coude appréciable de la veine-cave inférieure; elle est à peine tordue, avec exagération de sa courbure. Ce danger est donc purement imaginaire.

L'embolie des artères cérébrales, provenant de thrombus de l'oreillette gauche ou des veines pulmonaires comprimées, peut également la déterminer, comme il en donne une observation personnelle. Mais, dans beaucoup d'autres cas, l'autopsie ne révèle aucune cause de mort subite, comme la dégénérescence du cœur, l'œdème pulmonaire ou cérébral. Reste l'anémie cérébrale, dont l'action ne peut être mortelle que par le défaut de pression aortique, comme dans les épanchements volumineux ou l'insuffisance musculaire du cœur. C'est donc toujours, en somme, une mort subite par le cœur, dont la cause paralysante échappe. (*Deutsch. archiv für clin. med.*)

Pleurésie purulente. L'albuminurie étant une condition favorable à sa production, M. Bucquoy admet, d'après l'observation d'un jeune garçon entré dans son service, que l'application réitérée des vésicatoires, en déterminant la néphrite cantharidienne, pourrait bien provoquer la purulence de l'épanchement. Huit vésicatoires avaient été successivement appliqués en ville. De là une albuminurie persistante et la purulence de l'épanchement, constatée par la ponction à l'arrivée à l'hôpital. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, juin.)

Inversion du corps. Depuis 1877 que le docteur Raynaud a le premier employé ce procédé, plusieurs autres malades y ont été soumis. En voici un exemple :

Un homme ayant subi une opération d'empyème avec

un plein succès en 1872, et bien portant depuis, fut repris en 1879 d'une vomique abondante. Depuis, sa santé s'est altérée de nouveau, et il entre à l'hôpital de la Charité, dans un état cachectique très prononcé. En temps ordinaire, il tousse peu et ne crache que rarement. Mais si on le fait coucher sur le ventre en travers de son lit, la tête et les bras pendant en avant sur le bord, il est bientôt pris d'une toux convulsive, avec issue d'une quantité considérable de matières muco-purulentes, provenant évidemment d'une collection purulente interlobaire, inaccessible à une ponction, et qui ne peut se vider que dans certaines positions, soit à cause de sa situation, soit à cause de la présence de fausses membranes faisant soupape. Il y a dans ce fait une indication thérapeutique de premier ordre, car il existe beaucoup de ces pleurésies suivies de vomiques et dans lesquelles l'évacuation par les moyens ordinaires est impossible. Dans tous les cas de fistules pleuro-bronchiques de cette espèce, le moyen peut donc être essayé. La position varie du reste avec chaque malade; tantôt il suffit d'incliner légèrement le thorax; d'autres fois, il faut arriver à une inversion presque complète du corps. L'opération est répétée plusieurs fois par jour, et les foyers, ainsi vidés fréquemment, finissent par se rétracter et se combler complètement. Tel est, du moins, le résultat obtenu déjà dans six cas analogues. (*Idem*, mai.)

POLYPES NASO-PHARYNGIENS. *Injections interstitielles*. Les opérations employées contre ces tumeurs sont si redoutables et s'accompagnent de délabrements si épouvantables, que les chirurgiens ne devraient y recourir qu'à la dernière extrémité. De là les méthodes de douceur et les opérations parcimonieuses mises en usage en vue de les remplacer. Telles sont les injections interstitielles avec le perchlorure de fer, tentées, sur l'invitation de Nélaton, dans l'intérieur de ces polypes. M. Th. Anger les a employées deux fois avec un succès relatif, car, à son avantage hémostatique astringent, le perchlorure joint celui de produire une eschare noire et dure qui diminue le volume de la tumeur, au lieu de l'augmenter.

C'est le *chlorure de zinc* qui a été choisi par M. Barthélemy. Le malade était un enfant de quatorze ans, entré à

l'hôpital de Toulon, le 11 octobre 1878, dans un état d'anémie considérable, résultant d'épistaxis abondantes et répétées. Il n'avait plus d'odorat. Le malade ayant refusé l'opération radicale, le chirurgien perfora d'abord la voûte palatine et enleva la partie la plus saillante de la tumeur. Le lendemain, il pratiqua une première injection de cinq gouttes de chlorure de zinc liquide. Les injections furent renouvelées huit fois dans l'espace de quatre mois. Au bout de ce temps, le malade était considérablement soulagé ; la tumeur était presque entièrement détruite. Toutefois, quelques mois après, une petite récidive avait lieu dans l'épaisseur du maxillaire supérieur.

M. Verneuil n'a eu qu'à s'applaudir d'avoir procédé de même dans un cas analogue au précédent, sans le connaître. C'était chez un garçon dans un état d'anémie profonde, causée par des épistaxis continuelles. On constata l'existence d'un polype descendant jusque près du larynx. Après avoir essayé l'ergot de seigle, le fer, etc., M. Verneuil fendit le voile du palais avec le thermocautère, et, avec un écraseur linéaire, réséqua près de 5 centimètres du polype. Les hémorrhagies cessèrent, la respiration se rétablit régulièrement. On poursuivit alors la guérison par les cautérisations à l'acide chromique, tous les deux ou trois jours. Ces applications furent à peine douloureuses; elles ont suffi pour réduire le volume du polype, en changeant sa nature d'une façon remarquable : d'une dureté excessive, il s'est ramolli peu à peu, sous l'action caustique, et s'est atrophié. Aujourd'hui, le malade se mouche assez facilement. L'acide chromique constitue un moyen de cautérisation bien supérieur à ceux d'autrefois.

Les *injections interstitielles de chlorure de zinc* ont donné un succès aussi remarquable à M. Duplay dans un cas semblable. Après avoir opéré de la même manière le 20 juin, à l'hôpital Saint-Louis, un jeune polisseur de quatorze ans, très lymphatique et peu développé, il observait une tendance très manifeste à la reproduction, dès le mois de septembre, par des bourgeons volumineux vers le pharynx. Une première injection de chlorure de zinc fut faite dans la masse le 26 septembre. La douleur fut modérée et courte. Une eschare grisâtre, comme une pièce de un franc, envahit la partie postérieure de la tumeur ; en répétant successi-

vement ces injections une douzaine de fois, et après quatre à cinq mois, la tumeur, presque disparue, laissait les voies libres, sans tendance à s'accroître.

Ces exemples peuvent donc conduire au traitement de ces polypes par les méthodes de douceur, c'est-à-dire sans opération préalable, ni ces affreux délabrements, ces traumatismes étendus qui compromettent la vie. Il suffirait d'injecter directement dans la tumeur deux à trois gouttes d'une solution aussi concentrée que possible de chlorure de zinc pour la voir disparaître. (*Soc. de chir.*, décembre 1879, et *Arch. de méd.*, mars.)

Acide acétique. Pour les polypes muqueux des fosses nasales, beaucoup plus bénins, le docteur Caro emploie un agent moins puissant. C'est quatre à cinq gouttes d'acide acétique injectées directement dans la substance même du polype, à l'exemple du docteur Ceccarini, qui en use depuis fort longtemps. Une seule injection suffit; deux sont rarement nécessaires. Le polype se détache généralement en quatre ou cinq jours, et quelques injections désinfectantes suffisent pour éviter toute mauvaise odeur.

Suivant cette indication pour un polype muqueux dans la narine gauche, sur un homme de soixante ans, le 12 août dernier, M. Caro injecta six gouttes d'acide acétique pur. Quatre jours après, le polype tomba. Il restait le 2 septembre une petite masse sur le cornet moyen. Quatre gouttes y furent injectées, et, trois jours après, elle était éliminée. Aucun incident désagréable ne s'était produit. L'odeur du polype mortifié avait été corrigée par l'emploi d'une injection légèrement phéniquée. (*New-York med. Record*, 1879.)

PRIX. Chaque année en marque davantage le délaissement, au moins à l'Académie de médecine de Paris. C'est ce que le rapport sur les prix de 1879 a exprimé de nouveau par l'organe de son secrétaire annuel. Sur les dix prix qu'elle avait mis au concours et dont les récompenses s'élevaient ensemble à la somme de 27 500 fr., trois seulement ont été décernés, pour une somme de 6500 francs. Deux autres ont été divisés et partagés entre divers auteurs, et une somme totale de 13 500 fr., soit la moitié, a été ainsi

accordée en récompense de nombreux travaux. Sur 51 mémoires envoyés, 12 seulement ont été jugés dignes de récompense ou d'encouragement. La plupart étaient donc d'une valeur insuffisante.

D'où vient ce peu d'empressement des travailleurs sérieux à concourir à ces prix du premier corps médical? Le rapporteur l'attribue principalement à l'étroitesse des programmes imposés par les bienfaiteurs. S'il en était ainsi, l'empressement et le zèle qui se manifestaient, il y a vingt ans, pour les remplir n'eussent pas existé. La véritable raison nous paraît être plutôt dans les questions même, peu en rapport avec le courant des études histologiques et microscopiques actuelles. Voilà pourquoi les jeunes n'y répondent plus qu'en très petit nombre. Si, avec la latitude qui lui est laissée pour satisfaire au programme, l'Académie modifiait ses questions, en faisant une part plus large à l'expérimentation, à l'histologie et au microscope, nul doute qu'un plus grand concours de jeunes ne répondissent à son appel.

Au contraire, aux questions restées sans réponse ou sans solution, elle se borne à les maintenir telles que au programme, sans changement ni modification. Les questions posées en 1879, et non résolues pour les *prix de l'Académie* et le *prix Portal*, sont ainsi remises au concours pour 1881, sans le moindre changement. Qu'espérer d'une telle persistance, si ces questions sont jugées trop vagues ou insolubles? Mieux vaudrait en préciser un point seulement, pour en avoir la solution partielle.

Académie de médecine de Paris.

Prix de l'Académie. 1881. Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. 1000 francs.

Prix Portal. Etat de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale. 1200 francs.

Prix Civrieux. Des accidents épileptiformes dans l'hystérie. 1500 francs.

Prix Capuron. Indication et contre-indications des eaux

minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie pendant la grossesse. 2000 francs.

Prix Barbier. 6000 francs. (Voy. *année* 1878.)

Prix Godard. Au meilleur travail sur la pathologie externe. 1500 francs.

Prix Desportes. Au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. 2000 francs.

Prix Daudet. De l'épithélioma des lèvres et de son traitement. 1000 francs.

Prix Lefèvre. Au meilleur ouvrage contre la mélancolie. 2500 francs.

Prix d'Argenteuil. A l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant la sixième période (1876 à 1881), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires. 10 000 francs.

Prix de l'hygiène de l'enfance. Faire connaître, par des observations précises, le rôle que peut jouer dans la pathologie infantile le travail de la première dentition. 1000 francs.

Prix Buignet. Au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, original et français, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. 1500 francs.

Prix Saint-Paul. A la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aura trouvé la première un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*. 25 000 francs.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Fondation Auguste Monbine. Allocation annuelle de 1500 francs (ou biennale de préférence) pour des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où ce fonds n'aurait pas à recevoir sa destination, le montant pourra en être employé comme fonds d'encouragement ou d'assistance.

Prix Saint-Lager. 1500 francs, pour l'expérimentateur qui aura réussi à produire la tumeur thyroïdienne.

Prix Alfaro. 2000 francs, au meilleur mémoire sur l'extension du traitement moral dans les asiles d'aliénés. Indiquer surtout, par des faits assez nombreux et bien constatés, les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques.

Prix Amussat. Recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. 2000 francs.

Prix de thérapeutique. Un prix sur ce sujet vient d'être fondé par l'illustre observateur Louis et qui portera son nom. Sa veuve, en mourant, a laissé par testament, selon la volonté de son mari, une rente annuelle de mille francs à cet effet, destinée à former un prix triennal de 3000 francs, avec les intérêts accumulés sans doute. Une note de l'éminent praticien, datée du 20 septembre 1867, jointe à cette fondation, contient les considérations suivantes qui peuvent en être considérées comme le programme :

Nous n'avons, dit-il, que des notions imparfaites sur les agents de la matière médicale, principalement sur ceux dont l'influence est lente. Il faudrait réaliser sur ce domaine ce qui s'est fait sur le terrain de la pathologie. Il est très désirable qu'on parvienne à déterminer rigoureusement l'action des substances qu'on emploie chaque jour. C'est moins des travaux d'érudition que d'observation que M. Louis a entendu provoquer et récompenser ; il constate les grands résultats et les progrès récents de l'observation. Toutefois, il croit qu'on a trop souvent conclu de faits particuliers à la généralité de certains phénomènes ; il demande qu'avant de conclure l'observateur recueille un grand nombre de faits.

Précisant ce qui a rapport au sujet, il conseille à ceux qui prendront part au concours de s'assurer de la qualité des médicaments, de leur ingestion ou de leur utilisation dans les circonstances voulues, de l'état concomitant des sécrétions et des excrétions, etc. Enfin, il désigne trois sujets qui pourront servir de programme pour les premiers concours, à savoir : 1° l'action du mercure; 2° l'action du nitrate de potasse; 3° l'action de la digitale.

Les mémoires et ouvrages destinés à ces prix doivent être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet 1881. Ecrits en français ou en latin, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs des travaux manuscrits. Les concurrents aux prix Godard, Barbier, Desportes et Buignet sont exceptés de cette disposition.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Prix Lacaze. Ouvrages ou mémoires ayant le plus contribué aux progrès de la physiologie. 10 000 fr., à décerner en 1881.

Prix Monthyon pour 1881. I. Mémoire, imprimé ou manuscrit, ayant pour objet une ou plusieurs questions relatives à la statistique de la France. Médaille d'or de 500 francs.

II. Ouvrage, imprimé ou manuscrit, ayant le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale. Médaille d'or de 750 fr.

III. Invention ou perfectionnement d'instruments utiles aux progrès de l'agriculture, des arts ou des sciences. Médaille d'or de 700 fr.

IV. Ouvrages ou mémoires réalisant une découverte jugée la plus utile à l'art de guérir ou une invention propre à rendre moins insalubre un art ou un métier quelconque.

Envoyer au secrétariat de l'Institut de France avant le 1er juin de chaque année.

Prix Jecker. Travaux propres à hâter les progrès de la chimie organique. 10 000 francs chaque année.

Prix Barbier. A la découverte la plus précieuse dans les

sciences médico-chirurgicales, pharmaceutique ou botanique, se rapportant à l'art de guérir. 2000 fr. chaque année.

Prix Alhumbert. Eclaircissement sur un point important de la physiologie des champignons. Médaille d'or de 2500 francs, à décerner en 1881.

Prix Desmazières. Au meilleur ouvrage, français ou étranger, publié en 1880 sur un point de la cryptogamie; 1600 francs, à décerner en 1881.

Prix Bréant. Moyen de guérir le choléra asiatique ou les dartres. 100 000 francs. La rente de cette somme est décernée, en attendant, aux découvertes sur la production ou la propagation des épidémies, ou la guérison des dartres.

Prix Godard. Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires. 1 000 francs de récompense chaque année.

Prix Serres. Embryologie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. 7500 francs, à décerner en 1881.

Prix Chaussier. Au meilleur ouvrage publié dans les quatre années précédentes. 10 000 fr., à décerner en 1883.

Prix J. Raynaud. Au travail le plus méritant, publié dans les cinq années précédentes, sur un point des sciences naturelles relevant de l'Institut.

Société de chirurgie.

Prix Gerdy. De la réunion par première intention; histoire et doctrines.

Prix Demarquay. Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes.

Les mémoires doivent être remis avant le 1er novembre 1881.

Société française de tempérance.

Les alcools introduits dans l'économie y subissent-ils des modifications? 2000 fr. de récompense. Adresser les mé-

moires, avant le 1er janvier, 6, rue de l'Université, à Paris.

Les ouvrages, imprimés et manuscrits, traitant de la tempérance et des boissons alcooliques, peuvent également concourir.

Conseil général du Rhône.

Histoire de l'hospitalisation des épileptiques non aliénés, de son état actuel chez les différentes nations et les meilleures conditions à remplir pour l'institution d'une œuvre de ce genre dans le département du Rhône. 1000 fr. de récompense au meilleur travail.

Adresser les mémoires à la préfecture du Rhône avant le 1er juillet 1881.

Société de médecine de Bordeaux.

Prix Fauré. De l'alimentation de la première enfance dans ses rapports avec la situation des classes peu aisées. 300 francs à décerner à la fin de 1881.

Les mémoires, écrits très lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés *franco*, à M. Douaud, secrétaire général de la Société, allée de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1881, limite de rigueur.

Société de médecine de Toulouse.

1881. Des maladies de croissance. 300 francs.

Prix Jules Naudin. Des doctrines panspermistes étudiées au point de vue de la pathologie générale et de la clinique. 1200 francs.

1882. Étude comparative de l'uréthrotomie interne et externe. En démontrer les avantages et les inconvénients. 300 francs.

Les mémoires, écrits lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, francs de port et dans les formes académiques, au secrétariat général de la Société, avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur.

M. Lefranc de Pompignan a légué, en mourant, à la ville

de Toulouse, une rente annuelle de 1500 francs, destinée à fournir à l'élève de troisième année de l'Ecole de médecine de cette ville, le plus méritant et le moins favorisé de la fortune, toutes les facilités de compléter ses études à la Faculté de médecine de Paris.

Académie royale de médecine de Belgique.

I. Etude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage — étiologie, symptomatologie, nature et traitement — chez les animaux domestiques, et joindre autant que possible des pièces d'anatomie pathologique, à l'appui des opinions qui seront établies. Médaille d'or de 800 francs. Clôture du concours : 1er mai 1881.

II. Déterminer la nature de l'influence de l'innervation sur la nutrition des tissus. Médaille de 1000 francs. Clôture du concours : 1er janvier 1882.

III. Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. Médaille de 600 francs. Clôture du concours : 1er février 1882.

IV. Exposer le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies, en s'appuyant sur des expériences nouvelles. Médaille de 2000 francs. Clôture du concours : 1er janvier 1883.

Deux prix de 300 francs chacun sont en outre décernés aux meilleurs mémoires manuscrits concernant les sciences médicales envoyés à l'Académie pendant l'année.

Les mémoires, lisiblement écrits, en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *franco*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles, avant la clôture indiquée ci-dessus.

Académie de médecine de Turin.

Prix Riberi, de 20000 francs. *La physiopathologie du sang.*

Il convient de rappeler que la période quinquennale de ce prix international expire le 31 décembre 1881. Les concurrents de tous les pays peuvent y prendre part, en envoyant une double copie ou exemplaire de leurs travaux,

écrits en italien, en français ou en latin. Les travaux manuscrits couronnés devront être publiés avant de recevoir le montant du prix.

Prix d'hygiène. Le Conseil de la province de Turin a mis au concours un prix de 2500 francs à décerner en 1882, au prochain Congrès d'hygiène, *au meilleur livre utile à l'hygiène des populations des campagnes.*

Prix Boylston. 1881. I. Effets des médicaments sur la mère et le nourrisson durant l'allaitement.

II. Des blessures du siège sans lésion apparente, au point de vue chirurgical et médico-légal. 1500 francs de récompense.

1882. I. Enquête expérimentale sur les effets physiologiques du gaz des égouts sur les animaux et les végétaux. 1500 fr. de récompense.

II. De la valeur de l'alimentation administrée contre l'appétit ou au delà. 1000 francs de récompense. Tous les étrangers peuvent concourir, pourvu que les mémoires soient écrits en anglais et adressés à Boston, Massachusetts.

PROLAPSUS RECTAL. *Injections d'ergotine.* A la communication secrète de l'emploi de ce nouveau moyen, faite à l'Académie de médecine, sous forme de paquet cacheté, par le docteur Vidal, de l'hôpital Saint-Louis, a suivi la communication verbale, qui nous permet de relater les trois observations suivantes.

I. Consulté en 1876 par un homme de trente-neuf ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, atteint de spermatorrhée depuis deux ans par suite d'un prolapsus rectal permanent remontant à huit ans, M. Vidal constata un bourrelet annulaire, en saillie de 2 centimètres au moins en dehors de l'orifice anal. La muqueuse de l'intestin, chroniquement enflammée, était d'un rouge foncé, exulcérée et saignante, sauf sur quelques points limitrophes à la peau, où elle paraissait recouverte d'épiderme et comme cutanisée par un long séjour à l'air.

Elle était bornée en arrière par le relief de deux mamelons hémorrhoïdaires turgescents et violacés. L'orifice anal était notablement dilaté et très douloureux au toucher.

Assujetti depuis de longues années à des congestions hémorrhoïdaires et à des alternatives de constipation et de diarrhée, le malade avait remarqué que la chute du rectum s'était produite après des efforts de défécation. Au début, il pouvait faire rentrer la tumeur; mais graduellement cette réduction était devenue inutile, le prolapsus se reproduisant presque immédiatement. Un écoulement incessant de muco-pus, en dernier lieu, presque toujours mélangé de sang, souillait le linge et obligeait à des pansements fréquents. La douleur rendait la marche pénible et gênait singulièrement la position assise.

Cette infirmité exerçait une influence fâcheuse sur l'état général. S'ajoutant aux effets débilitants de la spermatorrhée, elle contribuait à l'amaigrissement et à une irritabilité extrême.

Des quarts de lavement à l'eau froide, en se couchant, puis des lavements de ratanhia, n'ayant donné aucun résultat satisfaisant, les injections hypodermiques furent pratiquées.

Enfonçant l'aiguille de la seringue de Pravaz dans la peau, à 5 millimètres en dehors de l'anus, et dirigeant la pointe profondément vers le sphincter, une première injection eut lieu avec 15 gouttes d'une solution d'ergotine au sixième.

Une douleur assez vive en résulta, suivie, pendant environ trois heures, d'une sorte de ténesme rectal et vésical.

Après cinq injections, à deux jours d'intervalle, la muqueuse rectale faisait à peine saillie à l'extérieur, le bourrelet avait diminué des deux tiers de son volume primitif, et la réduction, une fois opérée, se maintenait pendant plusieurs heures.

Après la onzième injection, la procidence n'avait plus lieu que pendant la défécation et se réduisait d'elle-même, dès que le malade quittait la position accroupie.

Cédant aux instances d'un homme auquel les longues tortures de son infirmité faisaient entrevoir, avec terreur, la possibilité d'une rechute; obéissant, d'autre part, au désir d'obtenir une guérison durable et d'assurer le succès d'un nouveau mode de traitement, onze injections, distancées de trois ou quatre jours, furent encore faites, soit un total de vingt-deux.

Depuis lors, ce monsieur a repris toutes les habitudes d'une vie active et mondaine, sans la moindre apparence de récidive du prolapsus rectal. Il paraît définitivement guéri, comme l'a constaté deux ans après, en janvier 1878, le professeur Guyon, appelé à le traiter d'une cystite aiguë.

II. Le succès fut plus prompt chez une dame de soixante-quatre ans, atteinte, depuis deux ans et demi, d'un prolapsus rectal permanent, consécutif à des hémorrhoïdes. Le bourrelet de la muqueuse formait une saillie de 2 centimètres, au centre d'une couronne d'hémorrhoïdes.

Le 4 décembre 1876, je fis une première injection avec 15 gouttes de ma solution d'ergotine, et ensuite, à deux jours de distance l'une de l'autre, cinq nouvelles injections, en augmentant d'une goutte chaque fois.

Dès la quatrième séance, la réduction se maintenait, et la procidence n'avait lieu que pendant la défécation.

Après la sixième injection, la guérison semblait parfaite.

Elle fut assurée par trois nouvelles injections, éloignées graduellement de trois, quatre et cinq jours d'intervalle. Le traitement avait duré vingt-quatre jours.

Revue dans le courant de juillet dernier, deux ans et demi après sa guérison, cette dame présentait l'orifice anal, entouré de marisques, pâles et flasques, ayant repris sa tonicité normale, sans la moindre tendance à la réapparition de la chute du rectum.

III. Une troisième guérison de prolapsus rectal a été obtenue à l'hôpital Saint-Louis, en juin 1877, sur une femme de quarante-cinq ans, affectée, depuis deux ans, de cette infirmité. Elle fut guérie en quinze jours par six injections, de 20 à 25 gouttes chacune.

Toutes ces injections ont été faites à travers la peau, à 5 millimètres environ de l'orifice anal, soit dans la direction du sphincter, soit dans celle des hémorrhoïdes. Il est remarquable en effet que celles-ci existaient à un degré très prononcé dans les deux premières observations. La laconicité de la troisième peut même les faire supposer. La coïncidence de ces hémorrhoïdes pourrait même expliquer le succès de l'ergotine, si le prolapsus en était la conséquence.

Cette coïncidence est également remarquable dans l'ob-

servation du docteur Ferrand, chez une dame de trente-cinq ans, atteinte, depuis plus de trois ans, d'un prolapsus hémorrhoïdaire et rectal, l'empêchant de sortir de chez elle autrement qu'en voiture. Elle ne pouvait descendre son escalier ni circuler dans son appartement, sans qu'une tumeur, grosse comme le poing, ne se montrât à l'anus. On la trouvait composée d'hémorrhoïdes groupées en un bourrelet saillant, à divers états de congestion et d'évolution, depuis la simple marisque jusqu'à la tumeur violette, turgescente et fluctuante. La muqueuse rectale, rouge et foncée, pendait de 1 centimètre environ au milieu de ce bourrelet. Tout mouvement et le moindre contact y déterminaient des douleurs très cuisantes.

Cette tumeur était réductible en totalité par un taxis prolongé et douloureux. Il était nécessaire après chaque défécation. Suppositoires, astrigents, lavements, fomentations, ne pouvaient la maintenir en place, lorsque, le 27 avril 1879, une première injection dans le bourrelet hémorrhoïdal, dirigée vers la paroi externe du sphincter et du rectum, fut pratiquée avec la solution suivante :

℞ Eau.....	} āā 15 grammes.
Glycérine.....	
Extrait hydraté alcalin d'ergot.	2 grammes.
Mêlez.	

Une notable amélioration s'ensuivit par le séjour au lit et un repos absolu. Trois autres injections suivirent à quinze jours d'intervalle environ, et, à la fin de juin, le prolapsus était complètement réduit. La malade pouvait marcher, monter, descendre ses cinq étages sans souffrir. Six mois après, cette dame se déclarait guérie, bien que les hémorrhoïdes n'aient pas complètement disparu. Elles sortaient à chaque défécation, mais rentraient spontanément aussitôt. (*Soc. de thér.*, 12 décembre 1879.)

Une modification favorable sur les tumeurs hémorrhoïdaires est en effet signalée par M. Vidal, mais il a observé de même les contractions du sphincter et des fibres musculaires de l'intestin, ce qui est d'accord avec l'action de l'ergotine sur les fibres des muscles lisses, constatée avec la solution Yvon. (Voy. HÉMORRHAGIES, 1879.)

Le ténesme vésical et rectal est ainsi un effet ordinaire de ces injections pratiquées contre les corps fibreux de l'utérus, suivant la méthode d'Hildebrandt. C'est cette observation qui a conduit M. Vidal à les essayer contre le prolapsus rectal. Les contractions du sphincter, appréciables au toucher, se manifestent presque aussitôt et persistent durant quatre à cinq heures consécutives. C'est donc une action locale et directe. (*Acad. de méd.*)

L'ergotine de Bonjean provoquant une douleur cuisante assez vive, il est préférable d'employer la solution Yvon, qui est la mieux tolérée. (Voy. INJECTIONS, 1879.)

Un succès confirmatif a été obtenu par le docteur G. Laurent, chez un cantonnier de quarante-cinq ans, ayant des hémorrhoïdes internes depuis vingt ans, qui sortent en masse avec le rectum à chaque défécation, en rentrant aussi facilement. A la fin de 1879, la tumeur augmenta de volume, avec un relâchement manifeste du sphincter, et, au moindre effort, au plus léger travail, la tumeur sortait, du volume d'un œuf de poule. Elle s'ulcéra ainsi et ne rentrait plus qu'en provoquant de vives douleurs.

Le 3 janvier, les injections sont commencées dans les tumeurs hémorrhoïdaires, à droite et à gauche, avec 25 gouttes d'une solution de 1 gramme d'ergotine Bonjean pour 5 d'eau distillée. Après chaque injection, le malade réduisait la tumeur et éprouvait ensuite de très vives douleurs durant une à deux heures. Elles furent néanmoins renouvelées tous les deux jours, et, à la onzième, la masse était légèrement réduite et les ulcérations disparues, et tout rentrait plus facilement. Au 1er février, le prolapsus rectal et hémorrhoïdaire ne se reproduisant plus à la défécation, l'opéré put reprendre son service, qu'il n'a pas cessé depuis. (*Gaz. hebd.*, n° 20, mai.)

Prolapsus utérin. *Elytrorhaphie ou suture vaginale.* Un troisième succès de cette opération véritablement radicale a été envoyé par M. Zancarol, avec pièces anatomiques à l'appui. C'était chez une femme de trente-six ans, ayant eu trois enfants dans l'espace de six années. Le dernier accouchement, survenu à vingt-neuf ans et compliqué d'une déchirure du périnée dans une assez grande étendue, fut suivi de la chute complète de l'utérus.

Pendant sept ans, cette femme supporta son infirmité, qui, en devenant de plus en plus insupportable, l'obligea à recourir à ce moyen extrême, la réduction étant impossible autrement. Le procédé radical, imaginé par M. L. Le Fort, fut employé en suturant l'orifice vaginal. Après avoir excisé dans une certaine étendue la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin, le chirurgien les réunit transversalement par douze points de suture métallique. Un pont fut ainsi établi, qui servit de soutien à l'utérus. Après vingt-sept jours seulement, le chirurgien eut beaucoup de peine à enlever ces fils ; ce qui incite M. Panas, pour éviter cet inconvénient à l'avenir, à proposer de les remplacer par des fils de catgut ou la soie phéniquée. Pas plus dans ce cas que dans les deux précédents, aucun accident n'eut lieu pendant ni après l'opération. La femme fut guérie parfaitement de son prolapsus, et sa mort accidentelle, survenue plusieurs années après, a permis de justifier, par la pièce anatomique, la sécurité du résultat de cette opération. (*Soc. de chir.*, décembre 1879.)

PUSTULE MALIGNE. Les découvertes importantes sur l'étiologie et la prophylaxie du charbon des animaux (Voy. *ce mot*) doivent nécessairement contribuer à l'élucidation de cette terrible pustule, qui en est la manifestation chez l'homme. L'un ne peut être séparé de l'autre, et c'est ainsi qu'un grand retentissement a eu lieu sur l'anthrax en Angleterre, où il est confondu avec la pustule maligne et le charbon. De là la double importance des travaux publiés spécialement à ce sujet.

Contre l'étiologie spécifique de la bactéridie, généralement admise aujourd'hui, M. J. Guérin oppose les recherches et les expériences faites à Chartres par Manoury et Salmon, de 1855 à 1857, affirmant comme un résultat acquis définitivement : 1° que la sérosité de la pustule maligne, quand elle était inoculée seule, demeurait inefficace dans tous les cas, c'est-à-dire qu'elle ne transmettait pas le charbon; 2° que pour opérer la transmission, il fallait introduire la pustule elle-même dans le tissu cellulaire. D'où la conclusion que le caractère charbonneux, c'est-à-dire virulent, de la pustule, réside seul dans la tumeur solide à l'exclusion de la sérosité, et que le charbon ne se communiquait de

l'homme aux animaux qu'à l'aide de la pustule excisée et introduite sous le derme.

Ce serait comme le charbon symptomatique du bœuf, qui, d'après MM. Arloing, Cornevin et Thomas, ne s'inoculerait que par la tumeur même, où le microbe pullule, comme au deuxième degré de la pustule maligne, sans que le sang en soit infecté. D'où sa distinction avec le sang de rate ou charbon infectieux.

Telles sont les objections faites aux nombreuses expériences récentes et positives de MM. Davaine et Pasteur montrant l'inoculation de la bactéridie seule comme la cause et l'agent de la virulence. La méthode microscopique, dit M. J. Guérin, n'a pu rien changer aux faits; ce qu'ils étaient en 1855, ils le sont en 1880; la bactéridie ne date pas du jour de sa découverte. Et, sans tenir compte de ce qu'il y a d'incertain, au point de vue de l'inoculation de ce microbe, entre les expériences macroscopiques anciennes et la précision inéluctable des inoculations actuelles, ce généralisateur à l'infini cherche à les confondre, pour mieux en troubler les résultats et porter ainsi atteinte à la doctrine moderne.

Mais c'est en vain, car voici, d'après l'analyse expérimentale de la pustule maligne et de l'œdème charbonneux, faite par le professeur Colin d'Alfort, ces deux formes morbides ramenées à l'unité, quant à la virulence et à la transmission.

« Les animaux réputés réfractaires au charbon contractent parfaitement la pustule maligne, accompagnée ou non d'œdème, dit-il, et cette pustule ou cette tumeur prend des formes très variées, suivant les points du corps où elle se développe. Elle avorte dans les parties à peau épaisse, à tissu cellulaire dense; elle évolue, au contraire, avec rapidité et prend d'énormes proportions dans les parties à peau mince, riches en lymphatiques, au voisinage des ganglions, particulièrement à l'aine et sur les mamelles; elle est le plus souvent achevée de la vingt-quatrième à la quarante-huitième heure.

Dans tous les cas, sans aucune exception, la tumeur charbonneuse est virulente, par la sérosité de son pertuis, par son sang, ses liquides extravasés, comme par son œdème; cette virulence dure quelques jours et s'éteint pro-

gressivement, à partir de la cinquante-deuxième à la quatre-vingtième heure, souvent même de la quarante-huitième heure. La pustule disparaît, soit par résolution simple, sans s'ouvrir, soit après avoir laissé suinter de la sérosité, en donnant une eschare sèche, en suppurant ou en s'ulcérant dans une grande étendue. Elle guérit spontanément avec l'un quelconque de ses modes de terminaison, dans les neuf dixièmes des cas sur les sujets adultes.

Toutes les fois que la tumeur charbonneuse entraîne des lésions graves dans les ganglions lymphatiques, elle tend à produire un état général qui devient souvent mortel, surtout chez les jeunes sujets.

Au point de vue du diagnostic, l'examen microscopique des éléments et des produits de la tumeur est loin de fournir des indices certains, car la tumeur de nature sûrement charbonneuse peut ne montrer aucune bactéridie dans plusieurs de ses produits ou de ses couches, et l'inoculation de ces mêmes produits ou des divers débris de tissus peut être absolument stérile. D'ailleurs, la virulence étant éphémère dans les tumeurs qui ne tuent pas, elle s'affaiblit et s'éteint, sans cause appréciable, avant le moment de la résolution de l'ulcération ou de tout autre mode de terminaison.

Sous le rapport du pronostic, les caractères physiques et micrographiques des tumeurs laissent aussi l'observateur dans l'embarras.

La tumeur, petite, à évolution lente, dont on ne s'inquiète pas, entraîne des accidents généraux et la mort, aussi bien que la tumeur la plus volumineuse développée avec rapidité.

Toutes ces objections, ces chicanes, tombent donc en présence de ces constatations précises faites sur l'homme comme sur les animaux. Le professeur Gosselin a rencontré des individus, ayant subi de la manière la plus évidente l'inoculation du virus charbonneux, qui ont guéri sans cautérisation, tandis que d'autres, inoculés et cautérisés, guérissaient ou ne guérissaient pas. Ces particularités, dont il était difficile de se rendre compte, s'expliquent aujourd'hui par le résultat des recherches, puisqu'il est des sujets, hommes ou animaux, où la virulence s'éteint spontanément et dont la guérison s'effectue, sans l'intervention d'aucun traitement.

La disparition spontanée de la bactéridie dans les tumeurs charbonneuses est un autre fait important. Si sa présence n'est plus ainsi un moyen certain de diagnostic, un signe distinctif irrécusable, sa disparition est l'assurance de la guérison et un encouragement pour tout tenter l'extinction de la virulence du charbon ou de la pustule maligne encore localisée. La cautérisation en est le principal et le meilleur moyen, et s'il est difficile, dangereux même de l'appliquer en certains endroits comme les paupières, on pourra la remplacer par les injections antiseptiques indiquées plus loin.

Le docteur Chippeau, d'Orléans, a guéri, par ce moyen, une pustule maligne siégeant sur l'avant-bras droit d'une femme âgée de trente-quatre ans, sous l'influence d'un pansement antiseptique et d'injections hypodermiques de 40 gouttes par jour d'une préparation composée de : iode 0 gr. 25, iodure de potassium 0 gr. 50, et eau un litre. Quoique enceinte, cette femme n'a été nullement troublée dans sa grossesse, ni par la maladie, ni par le traitement. L'authenticité de la pustule maligne a été confirmée par l'inoculation à un cobaye de la sérosité prise sur les ulcérations du bras de la malade; l'animal est mort en trente-six heures; son sang renfermait un grand nombre de bactéridies. Dès que l'amélioration a commencé à se dessiner nettement, cette sérosité n'avait plus la même virulence; inoculée dans les mêmes conditions à un second cobaye, celui-ci a parfaitement résisté.

Un cas de pustule maligne s'étant rencontré sur un individu qui l'avait contractée en portant sur ses épaules la peau d'une vache morte du charbon qu'il venait de dépouiller, M. Toussaint, de concert avec le médecin de la localité, a excisé la pustule et scarifié l'œdème qui s'étendait de l'épaule à la hanche. Des moyens antiseptiques, *intus et extra*, ont complété ce traitement, qui a amené la guérison.

La sérosité de l'œdème, soumise à l'examen du microscope, a révélé la présence des bactéridies, et ce liquide, inoculé à un lapin, en a amené la mort. Le sang même du lapin, inoculé à un cobaye, l'a fait également mourir aussitôt. Ce n'est donc plus la pustule seule qui est inoculable aujourd'hui, comme du temps de MM. Maunoury et

Salmon; la sérosité de l'œdème est aussi virulente par les bactéridies qui y sont répandues.

Traitement. C'est à la seconde période, caractérisée par l'œdème environnant la pustule et s'étendant plus ou moins loin, que M. Davaine en fixe l'application, la bactéridie étant encore localisée dans cet œdème à ce moment, sans avoir pénétré dans le sang. La limite est peut-être hasardée, et mieux vaut y recourir plus tôt que plus tard, d'autant mieux que l'action des remèdes employés n'a rien de spécifique. C'est seulement à titre d'antiseptiques que M. Davaine préconise les suivants, dont il précise la dose d'après les expériences qu'il en a faites sur les cobayes.

L'iode, introduit en 1873, paraît le plus sûr et le plus puissant. Expérimentalement, une solution d'iode iodurée détruit le virus charbonneux, c'est-à-dire la bactéridie, en une demi-heure. La solution suivante a été employée avec avantage en injections sous-cutanées matin et soir, en boisson et en pansement.

℞ Iode.....	30 centigrammes.
Iodure de potassium.....	1 gramme.
Eau.....	1 litre.

Mêlez.

Le sublimé corrosif, employé topiquement en poudre sur la pustule ouverte par les médecins de la Beauce, peut être administré de même à l'intérieur, à la dose d'un 150e à 160 millième de liquide. Il agit de même antiseptiquement.

L'acide salicylique, le plus puissant antiseptique après les deux précédents, ne doit pas dépasser un 120 millième.

Le suc des feuilles de noyer est aussi doué de propriétés antiseptiques, comme de nouvelles expériences l'ont prouvé, conformément aux anciens résultats obtenus. Bien que son action soit inférieure aux précédents, les applications de feuilles de noyer sur la pustule maligne doivent être encouragées, d'autant plus qu'on les trouve partout sous la main, sauf à employer ensuite l'iode ou le sublimé. (*Acad. de méd.*, août.)

Quelques faits de guérison, cités à l'appui, montrent que le succès est possible; mais il est si rare, qu'il est impossible de dire si l'action est due au remède ou seulement à la bénignité du mal. (*Idem*, septembre.)

Q

QUININE. *Action convulsivante de ses succédanés.* Dans une étude expérimentale des succédanés en thérapeutique: chlorate de potasse et de soude, bromure et iodure de potassium, pour en montrer toute la différence d'action, le docteur Laborde a mis en présence les alcaloïdes du quinquina de la manière suivante :

Trois chiens de même race, même taille et même poids, sont soumis simultanément à une injection hypodermique de 1 gramme de sulfate de quinine chez le premier, de 75 centigrammes de sulfate de cinchonine chez le second et de 75 centigrammes de sulfate de cinchonidine chez le troisième.

Après une demi-heure, le premier est pris de stupeur, se tient mal sur ses pattes avec une obtusion très marquée de la sensibilité générale, qui va en augmentant jusqu'à l'anesthésie complète et totale.

Le second, après des signes d'inquiétude, d'effarement du regard, de secousses isolées, comme électriques, pousse subitement un cri, suivi de deux ou trois autres, en tombant violemment sur le dos. Il est pris de convulsions toniques généralisées, avec écume sanguinolente, émission involontaire des urines; puis période clonique, avec anhélation et stertor comme dans l'accès épileptique. Après trois à quatre minutes de résolution et de détente, l'attaque recommence et se réalise de la même façon, et ainsi pendant plusieurs heures consécutives. Les efforts de l'animal pour se remettre sur ses pattes ou les excitations périphériques artificielles provoquent manifestement la reprise de ces accès. Hallucinations dans les intervalles.

Le troisième chien n'est pris que plus tard d'un tremblement continu de la tête, analogue à celui de la paralysie agitante; puis une attaque épileptiforme y succède, moins violente et se renouvelant moins fréquemment que chez le second, avec cette différence caractéristique du tremblement de la tête dans l'intervalle des accès. (*Acad. de méd.* et *Tribune méd.*, n° 601.)

Il y a donc là une différence bien sensible. Mais cette

action différentielle chez le chien, de quel enseignement est-elle pour l'administration de ces succédanés chez l'homme? Que l'on doit préférer la quinine à la cinchonine et la cinchonidine et ses sels, si tant est que leur action soit la même absolument chez l'homme que chez le chien? Leur administration à doses thérapeutiques et par la voie gastrique chez l'homme ne permet d'ailleurs pas la moindre assimilation avec ces expériences. Qu'ont-elles donc à faire avec l'observation clinique? Rien qu'à mettre le praticien en garde contre la confusion et les doses exagérées de ces succédanés de la quinine et surtout leur emploi par la voie épidermique, en particulier chez les malades dont le système nerveux est impressionnable et surexcité. Tel est l'enseignement limité de ces expériences.

QUINQUINAS. *Culture.* M. David Howard, neveu du célèbre quinologiste anglais qui a introduit la culture des quinquinas dans l'Inde, s'est assuré, par des essais quinimétriques, que l'âge des arbres et leur renouvellement ont la plus grande influence sur la richesse en principes actifs de l'écorce. Il a constaté de plus que la partie interne est la moins riche et que, en enlevant partiellement sa surface externe, l'arbre peut être conservé et fournir des récoltes successives, d'une qualité graduellement supérieure. Les quinquinas indiens forment ainsi une partie importante du commerce anglais.

Trois échantillons d'espèces différentes de la plantation de Dodabetta, envoyés par le gouvernement avec l'âge précis des arbres plantés de 1863 à 1867, dont ils provenaient, ont été soumis à l'analyse à Londres. L'écorce du quinquina *succiruba* a donné les résultats suivants :

	Quinine.	Cinchonidine.	Cinchonine.
Partie interne.....	0,6	1,2	1,4
Partie externe.....	1,2	1,4	1,7

L'habitude de recouvrir l'écorce de mousse pour mieux la conserver a montré que, en protégeant l'arbre et l'écorce, elle n'augmentait pas la richesse de celle-ci en alcaloïdes. Un échantillon reçu de Darjuling, provenant d'un arbre qui avait été froissé et qui avait été recouvert de mousse, a

donné 5,1 pour 100 d'alcaloïde seulement. L'écorcement se fera donc partiellement à l'avenir, en laissant la partie profonde adhérente à l'arbre, qui produira ainsi une longue succession de récoltes, constantes et croissantes en richesse du précieux alcaloïde. (*Amer. journ. of pharmacy.*)

Cette acclimatation des quinquinas dans les colonies hollandaises est aussi couronnée d'un succès complet, d'après le docteur Van Gorkom, directeur des cultures à Java. Elle paraît dépendre plutôt de la nature locale du terrain et du sol que de la différence de hauteur, pourvu que cette altitude varie de 4500 à 5500 pieds. La crainte de voir cesser ou suspendre les approvisionnements, par suite de l'exploitation désordonnée des forêts de l'Amérique tropicale, n'a donc plus de motifs, cette culture artificielle et régulière dans les Indes apprenant à mieux connaître la valeur du végétal comme espèce botanique et les différentes parties utilisables, bien que l'analyse chimique puisse seule en démontrer la valeur intrinsèque. Malgré l'influence bien sensible de ces arbres au milieu extérieur, les écorces n'en ont pas dégénéré, mais les soins continuels et une sélection des graines par les planteurs sont indispensables pour prévenir leur hybridisation. Le quinquina succiruba doit toujours être préféré pour les préparations pharmaceutiques, tandis que les deux autres espèces, officinalis et ledgeriana, sont plus propres à la fabrication de la quinine. (*Archiv. de méd.*, juin.)

R

RAGE. *Incubation.* Les plus grands écarts existaient à ce sujet, depuis quelques semaines à quelques mois. D'après un fait récent et officiel, voici que cette latitude s'étendrait même à quelques années, comme si le virus pouvait rester latent indéfiniment chez certains individus et n'entrer en activité morbide que sous l'influence de conditions ou de circonstances étrangères à la morsure. C'est accréditer cette croyance vague qu'il ne faut jamais parler rage à un individu mordu sans danger de le faire devenir enragé, au détriment de la nouvelle doctrine de la pansper-

mie, qui attribue la virulence à un organisme vivant, car celui-ci ne saurait vivre sans proliférer.

Il s'agit dans ce fait étrange d'un soldat qui fut mordu en Algérie en 1874, en portant secours à l'un de ses camarades, attaqué par un chien enragé et qui mourut hydrophobe six semaines après. Lechenet, au contraire, cautérisé aussitôt, n'avait présenté depuis aucun phénomène morbide, lorsqu'en 1879, après quelques jours de malaise, de courbature, il offrit les premiers symptômes de la rage, qui l'enlevèrent rapidement. Cet homme n'ayant pas été mordu depuis, l'incubation remonterait donc à cinq ans. On n'avait pas encore relevé un délai aussi long, car il n'était que de deux ans et cinq mois dans le fait de M. Hémard et de deux ans et demi dans celui de M. Féréol. (Voy. *année* 1874.)

Si l'on admet que l'incubation du virus rabique puisse se prolonger aussi longtemps, le double ou le triple n'y fait rien. Il n'y aura plus de limite absolue contre l'immunité de la rage, dès que l'on aura reçu une morsure suspecte, même cautérisée aussitôt. Le mode de vie et d'action de ce virus deviennent dès lors tout à fait incompréhensibles, et c'est à désespérer de pouvoir l'atteindre en le neutralisant par la cautérisation ou autrement.

Aussi s'est-on pris généralement à douter de l'interprétation de ce fait unique, quoique constaté cliniquement par deux médecins militaires et adoptée par le professeur L. Colin, du Val-de-Grâce. Trois objections lui ont été faites par M. Bouley.

Il fallait d'abord démontrer la rage, car elle peut se manifester chez l'homme sans morsure. Des chiens enragés, au début, deviennent tout à coup si affectueux et caressants, qu'ils le témoignent par des lèchements continuels. Une simple excoriation aux mains, à la figure, aux lèvres suffit à transmettre la rage, sans qu'on puisse le soupçonner.

D'ailleurs, la lésion du ventricule gauche, consistant dans l'accumulation de globules blancs à l'intérieur de la gaine lymphatique péri-vasculaire et constituant de véritables foyers apoplectiques, constatée par MM. Gombault et Nocard chez le chien, la chèvre et le cheval morts enragés, n'a pas été recherchée dans ce cas. Ce signe a été également constaté chez un homme mort enragé, et s'il a été rencontré de même dans d'autres cas, selon la remarque du docteur

M. Raynaud, ce n'était pas une raison pour le négliger.

Comme élément de diagnostic, il y avait enfin l'inoculation au lapin, qui s'y montre extrêmement sensible, comme M. Raynaud l'a constaté. Aucune de ces preuves n'ayant été faite, l'affirmation perd de sa valeur.

On invoque enfin des cas de fausse rage, observée chez l'homme et les animaux. Deux cas en sont cités chez le chien par l'arrêt d'un os et d'une bille dans l'œsophage. L'expulsion de ces corps étrangers suffit à faire cesser immédiatement tous les symptômes. Il peut bien en être de même chez l'homme, et M. Lucas-Championnière rapporte à ce sujet qu'étant interne à la Pitié, un employé du Jardin des Plantes, mordu par un chien enragé deux ans auparavant, y fut reçu dans une agitation extrême, avec symptômes d'hydrophobie. Il mourut rapidement sur ce diagnostic. Mais l'autopsie, ayant été faite, révéla une méningite suppurée. Ce serait un cas de plus d'incubation prolongée, si l'autopsie n'eût pas été faite. (*Acad. de méd.*, novembre, et *Journ. de méd. et chir. prat.*, décembre.)

RECTOTOMIE LINÉAIRE. Elle a été exécutée par M. Verneuil avec le thermo-cautère pour l'extraction du corps étranger du rectum dont l'observation est relatée plus haut. (Voy. LAPAROTOMIE.) Arrivé à 4 centimètres environ de la marge de l'anus, ce corps étranger, dont le plus grand diamètre avait 5 centimètres, était arrêté par une énorme boursouflure œdémateuse des parois du rectum.

C'est alors que, l'opéré étant couché sur le côté, un thermo-cautère fut allumé et servit à pratiquer la rectotomie linéaire. La plaie cavitaire en résultant fut ainsi préservée de l'absorption des matières fécales, liquides et infectes, qui s'écoulèrent immédiatement comme un flot. Une sonde en caoutchouc, grosse comme le doigt, fut ensuite introduite assez haut dans le rectum et maintenue pendant plusieurs jours. Des injections avec une solution aqueuse de chloral purent être faites toutes les deux à trois heures, et c'est grâce à ce pansement antiseptique que les suites de cette double et redoutable opération furent des plus simples et des plus heureuses. Exemple à imiter dans les plaies cavitaires. (*Soc. de chir.*, 5 mai.)

RÉSECTIONS. L'éloge de sir W. Fergusson, par M. Holmes, au dernier Congrès de l'Association médicale britannique à Cambridge, dans son *address* en chirurgie, l'a conduit à s'occuper spécialement des résections, qui sont l'œuvre capitale de ce grand chirurgien, comme elles sont la gloire et le triomphe de la chirurgie anglaise moderne. En en signalant les bienfaits, les indications et les contre-indications, surtout depuis l'emploi du drainage et la méthode antiseptique, il s'est arrêté principalement aux résultats obtenus dans les deux plus graves : celles du genou et de la hanche, qui sont substituées si souvent à l'amputation. En voici le résumé exposé en tableaux synoptiques.

Résections du genou. 245 cas en ont été recueillis dans les cinq principaux hôpitaux de Londres, Manchester et Leeds, pendant les cinq années de 1873 à 1878, sur des enfants et des adultes âgés de deux à quarante ans. Les résultats ont été 23 décès, 47 insuccès suivis d'amputations dans 36 cas, et 173 guérisons, sans dire de quel usage était le membre, résultat capital dans cette opération. L'un des opérés guéris ne pouvait ainsi marcher sans béquilles. Une telle guérison est souvent pire qu'une amputation.

La mortalité a surtout diminué dans les dernières années. M. Bryant écrivait en 1876 que la résection du genou avant vingt ans était sept fois plus fatale que l'amputation, tandis que la statistique particulière de l'hôpital Guy donne seulement 6 décès sur 89 cas, sans un seul décès sur les 37 derniers, en 1877 et 1878.

Loin d'attribuer ce résultat favorable au traitement antiseptique, dont il n'est pas partisan, M. Holmes cherche à montrer que la cause n'en est pas là. Et il invoque à l'appui la pratique de M. Gant, qui, sur 25 résections du genou exécutées sur des pauvres à l'hôpital Free sans la méthode antiseptique, n'a eu que deux décès par tétanos.

Résection de la hanche. Aussi fréquente en Angleterre qu'elle est rare en France, cette opération a été soumise à une enquête sévère, provoquée par M. Croft, à la Société clinique de Londres. Sur 45 résections, dont une double, chez des enfants malades dont la plupart — 35 — avaient déjà séjourné de un mois à un an dans différents hôpitaux et qui

tous présentaient des abcès ou des fistules consécutives de l'articulation, il a obtenu les résultats suivants : 18 guérisons, 16 morts et 11 encore en traitement. A l'appui de cette statistique, 12 malades ont été présentés, montrant une articulation mobile avec flexion et extension, quelques-uns exécutant même l'abduction et l'adduction dans une certaine étendue. 4 seulement pouvaient se tenir sur le membre opéré, sans aucune flexion du bassin. Le raccourcissement était de trois pouces et demi seulement dans la plupart des cas, la résection ayant été sous-périostée, suivant la méthode de Sayre.

Des 16 décédés, 6 seulement étaient morts de l'opération, 1 de diphthérite intercurrente et 9 d'affections diverses après guérison, mais se rapportant le plus souvent à la diathèse, scrofule ou tuberculose, ayant déterminé la maladie de la hanche.

Ces résultats sont les plus ordinaires, d'après M. Holmes, c'est-à-dire un tiers de guérisons, un tiers de morts, l'autre tiers des opérés restant dans une condition douteuse. Pour M. Hulke, au contraire, sur 16 résections faites dans 80 cas de coxalgie, une mort seule put être attribuée à l'opération même. Sur 24 cas opérés par M. Baker à Saint-Barthélemy, 2 décès seulement ont pu être rapportés directement à l'opération, bien que, dans 11 de ces faits, la tête du fémur fût séparée et perdue comme un séquestre dans la cavité cotyloïde. Mac Cormac n'a eu également que 2 morts sur 18 résections.

En confirmant la fréquence de cette opération, cette statistique montre le peu de gravité que les chirurgiens anglais y attachent. Ils la considèrent, en effet, comme aisée et bénigne en elle-même ; la maladie seule, ostéite ou nécrose, en fait toute la gravité, quand elle n'est pas locale. La diathèse tuberculeuse en serait seule une contre-indication, quand elle s'étend sur d'autres organes. Et c'est précisément pour encourager à l'entreprendre de bonne heure, alors que le grand trochanter ou la tête du fémur sont le seul foyer de tuberculisation, que M. Croft a exposé les résultats de sa pratique. En opérant avant la manifestation des abcès, il croit prévenir l'extension de la diathèse, l'infection de l'économie. Dès que, par l'incision, du pus s'écoule de l'articulation, il préfère la résection

instantanée au simple drainage pratiqué par M. Holmes. C'est par ces demi-mesures que beaucoup d'enfants pauvres vont d'un hôpital à l'autre après chaque amélioration obtenue, pour finir par la résection en dernier ressort et dans les plus mauvaises conditions. Cette opération est, d'après M. Wood, très rare dans la pratique civile, par cette raison que l'extension, jointe à l'immobilité, suffit à la prévenir dans la plupart des cas. (*Lancet*, 20 et 27 décembre 1879.) C'est en y soumettant les enfants dès le début, dans les hôpitaux, comme en France, ou en les envoyant au bord de la mer, que l'on restreindra le nombre de ces résections ou que l'on pourra les pratiquer dans de meilleures conditions, comme le prouve la statistique de M. Cazin. (Voy. Coxalgie, 1876.)

Sur 215 opérés, enfants et adultes de tout âge, dans les hôpitaux de Londres, Manchester et Leeds, collectés par M. Holmes, de 1873 à 1878, figurent 41 décès, 57 insuccès et 117 guérisons. Mais dans ces guérisons figurent beaucoup de cas où les opérés avaient encore des fistules ouvertes à leur sortie de l'hôpital, sans que le résultat final en ait été éclairci.

Quant à la valeur relative de la guérison par résection et par ankylose spontanée, l'auteur croit que celle-ci donne toujours un membre beaucoup plus utile que celle-là. Quand par des moyens appropriés, comme l'immobilisation dans l'extension de l'article et une position normale du membre, on peut obtenir celle-ci sans raccourcissement ni déformation, il est toujours plus sage et plus certain d'y recourir.

Ces résultats sont extraits du rapport synoptique présenté au dernier Congrès de l'Association médicale britannique de Cambridge. (*Lancet*, 14 août.)

Dans la coxalgie suppurée, M. Ollier la pratique plus hardiment avec la méthode antiseptique. Après une première ponction de l'abcès, il en fait une seconde et même une troisième si le pus se reproduit; puis, en cas d'insuccès, il ouvre la jointure et la draine, et pratique au besoin la résection de la tête du fémur chez les enfants. Il préfère cette méthode à l'immobilisation du sujet pendant plusieurs années. Sur 11 cas, 4 ont guéri par la rugination, 4 par la résection, les 3 autres étant encore en traitement. (*Assoc. française*, septembre.)

Avantages du pansement phéniqué. Depuis qu'il emploie le *listerism* dans toute sa rigueur, M. Ollier est frappé de ses grands avantages. Sur 20 résections pratiquées dans le dernier semestre, dont 2 de la tête humérale, 8 du coude, 3 du poignet, 3 de la hanche, 1 tibio-tarsienne, 1 des fragments d'une pseudarthrose claviculaire et 2 résections cunéiformes du tibia, il n'a pas eu un seul mort. Bien plus, la cicatrisation a été plus simple et rapide, les complications moins fréquentes. Pendant le semestre d'hiver précédent, des complications permanentes, comme la gangrène septique, l'érysipèle et même la pyoémie, avaient tellement sévi sur les 6 résections comparables que 3 décès en étaient résultés. Au lieu du froid et du manque d'aération des salles, c'est donc sur le défaut d'emploi rigoureux du listérisme qu'il est disposé à attribuer ces funestes résultats.

Cependant, sur un total de 32 résections du coude pratiquées depuis quatre ans, il n'y a pas eu un seul cas de mort, et 9 seulement ont été traitées rigoureusement par la méthode de Lister. Les 23 autres ont été traitées par le pansement à découvert, ou l'occlusion inamovible antiseptique, ou un pansement phéniqué imparfait. Ils ont donc été également efficaces pour la conservation de la vie; mais les complications, nulles dans les premières comme dans les quatre traitées à découvert par le nuage phéniqué, ont été nombreuses et variées dans les autres. Il y a eu ainsi cinq érysipèles et deux cas de pourriture d'hôpital avec suppurations interminables.

Le listérisme, employé dans toute sa rigueur, supprime donc à peu près sûrement la pyoémie ; il diminue aussi l'érysipèle et modère la prolifération des tissus en en atténuant l'inflammation, sinon en la prévenant. De là son influence heureuse sur la réunion immédiate des plaies, la cicatrisation des os et leur réparation hâtive. Elle n'est retardée, comme dans les fractures, que dans les cas ou sur les constitutions où l'irritation formative est indispensable.

L'influence du listérisme sur la réunion immédiate est si active, que M. Ollier s'y oppose prudemment dans les résections pour arthrite fongueuse ou suppurée, en ne suturant pas toute la plaie et en y plaçant des drains. Le pus est souvent nécessaire pour la destruction de certaines parties exubérantes, formant comme des corps étrangers à

l'intérieur, et c'est en détruisant en excès les fongosités par le raclage que l'on retarde le processus plastique dans les plaies de résection.

En supprimant les complications inflammatoires et infectieuses, le listérisme facilite surtout les résections sous-périostées, en permettant de les rendre plus partielles et de n'enlever que les parties exubérantes ou inutiles. (*Revue mens.*, décembre.)

Résection du poignet. Malgré l'autorité de Malgaigne, écrivant que c'est là « une opération déplorable, qu'il est temps de rayer absolument de la pratique », elle y est restée, grâce au pansement phéniqué surtout. Mais son manuel opératoire compliqué empêche beaucoup de chirurgiens d'y recourir toutes les fois qu'elle est indiquée, car la simplicité d'une opération est la mesure de sa perfection, a dit Desault. C'est pour combler ce desiderata qu'un jeune chirurgien anglais, M. Roger Williams, propose de remplacer l'incision dorsale et l'écartement laborieux, le refoulement latéral des tendons, par une incision le long du bord externe du poignet, près de son bord interne. Elle commence ainsi sur le tendon de l'extenseur du *carpi ulnaris*, à peu de distance de la tête du cubitus. Elle est prolongée aussi entre l'apophyse styloïde de cet os jusqu'au sommet du cunéiforme, et de là le long du bord interne du cinquième métacarpien, au milieu duquel elle se termine. Le tendon peut être mis de côté au milieu, le pisiforme désarticulé, et les opposants du petit doigt sont détachés du métacarpien à la partie inférieure. Le tendon extenseur est dès lors séparé de cet os à sa base, ainsi que du cubitus, aussi loin qu'il est nécessaire. La surface articulaire de ces deux os est séparée, et, l'unciforme étant divisé avec une pince, il est facile de soulever toutes les parties molles du dos du poignet sans léser les membranes synoviales. Le tendon du fléchisseur *carpi radialis*, passant dans la coulisse du trapèze, ne doit pas être dérangé. Les surfaces articulaires des trois métacarpiens du milieu sont alors facilement réséquées, et le trapèze peut être séparé du trapézoïde et du scaphoïde.

La dernière partie de ce procédé peut être facilement exécutée, en introduisant la lame d'une pince à os entre le premier et le second métacarpiens, en coupant au-dessus

et en avant la partie externe et inférieure du radius. Les parties molles étant soulevées avec une spatule, une petite scie, dont l'épaisseur est moindre que celle de la terminaison radiale, peut être dirigée sur cette partie pour la sectionner partiellement au-dessus de sa surface articulaire, la lame dorsale pouvant être fracturée ensuite. L'extrémité peut en être détachée du tendon dorsal, sans léser celui-ci, avec le bistouri. Il ne s'agit plus alors que de l'extraction des parties réséquées.

Si, dans le cas de lésions profondes, un autre procédé doit être employé, celui-ci a du moins l'avantage d'être conservateur. Il évite plus sûrement les lésions de l'artère radiale et permet de conserver les os non atteints, le trapèze en particulier. Et comme, d'après M. Tillaux, dans son *Anatomie topographique*, il existe trois membranes synoviales distinctes et séparées au lieu d'une seule, la principale comprenant l'articulation du scaphoïde avec le trapèze et le trapézoïde, il sera toujours possible, après examen, de n'intéresser que celle qui enveloppe les os malades en respectant les autres. C'est l'avantage de ce nouveau procédé, qui épargne en outre la cicatrisation disgracieuse du dos de la main. (*Lancet*, 11 décembre.)

RHUMATISME. *Marche anormale.* Un œdème des deux jambes, avec prédominance sur la gauche, où existe une plaque rouge, assez douloureuse, et avec prurit au niveau du genou, en fut le début chez un homme de trente ans, sans antécédents morbides, entré à la clinique du professeur Lasègue. C'est là la forme goutteuse du rhumatisme articulaire. Ce n'est que quinze jours après qu'apparaît la sécheresse de la gorge, avec difficulté de la déglutition et rougeur, comme dans l'angine scarlatineuse. Au lieu d'être précoce, antérieur aux douleurs, comme d'ordinaire, ce phénomène était tardif. Des douleurs lombaires furent ensuite le prélude d'urines sanguinolentes, d'hématurie.

Cette marche anormale était cependant expliquée dans ce cas par l'hérédité. Le père de ce malade avait présenté, quinze ans auparavant, des accidents identiques. Malgré leur terminaison heureuse, on doit toujours redouter, en pareil cas, de graves complications de collapsus, d'hyper-

thermie ou d'accidents cérébraux. C'est un avertissement pour le pronostic. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 11465.)

Epistaxis. Ce symptôme, qui jouait un si grand rôle dans la médecine des anciens, passe presque inaperçu aujourd'hui. On ne le remarque guère que comme accident local des maladies des voies respiratoires, et ce n'est que par l'analyse rigoureuse des signes, dans la clinique moderne des maladies fébriles, qu'il a été noté dans la symptomatologie du rhumatisme. M. E. Besnier le distingue ainsi, à cause de sa fréquence relative et du rôle critique que certains auteurs lui ont attribué. Sur 25 cas, le docteur Tresfort l'a rencontré onze fois. Sur 74 malades, observés par le docteur Durosiez, ayant présenté un épistaxis, — 32 hommes et 42 femmes, — 47 étaient atteints de rhumatisme articulaire aigu et 27 de lésions du cœur sans rhumatisme. C'est donc là un signe relativement fréquent.

Mais la coïncidence est loin d'être constante. Il apparaît surtout au deuxième et au troisième septénaire du rhumatisme ; mais, le plus souvent, c'est dans l'enfance ou la jeunesse qu'il s'est montré chez les personnes frappées plus tard de rhumatisme. Sur 3 rhumatisants, auscultés à la Charité pour des affections cardiaques, tous trois répondirent que, étant jeunes, ils saignaient du nez pour la moindre cause. Qu'il apparaisse avant, pendant ou après le rhumatisme, il semble donc y avoir un rapport, une liaison entre ces deux accidents.

Habituellement très légère, cette complication constitue parfois un accident fâcheux par son abondance, sa répétition durant plusieurs jours pendant le rhumatisme. Elle coïncide quelquefois avec une exacerbation ou une rechute du rhumatisme, le plus souvent avec une rémission, sans qu'on puisse lui accorder une valeur critique, comme autrefois. Elle est au contraire d'un pronostic très défavorable, d'après M. Siredey, lorsqu'elle coïncide avec une éruption confluente de sudamina.

On peut d'autant plus rattacher ce signe au rhumatisme qu'on l'observe fréquemment dans les affections organiques du cœur sans manifestation rhumatismale. Plus d'une fois, dit M. Durosiez, la lésion du cœur précède le rhumatisme articulaire aigu ou n'en est pas suivie. C'est donc

dans la constitution, l'apparence extérieure de l'enfant ou de la personne atteinte d'épistaxis répétées, que l'on peut voir un signe menaçant pour l'avenir. Un tempérament sanguin ou plutôt lymphatico-sanguin, avec peau blanche, fine, mince, transpirant facilement, un tissu vasculaire fin et mince, prédispose, suivant M. Bouillaud, au rhumatisme articulaire. L'arbre vasculaire joue ainsi un grand rôle dans la constitution rhumatismale, qui aboutit aux maladies du cœur. Les épistaxis abondantes et fréquentes chez les enfants ou les jeunes gens dans ces conditions en sont donc un prodrome, une menace. (*Tribune méd.*, nos 597 et 598.)

Influence de la diathèse rhumatismale sur la périostite externe. (Voy. PÉRIOSTITE.)

Mort subite. Cet événement, arrivé au docteur Goodhardt à la suite de quatre doses de 15 grains d'acide salicylique, soit moins de 4 grammes en douze heures, est de nature à jeter le discrédit sur ce médicament. C'était chez une jeune fille de dix-sept ans, qui subissait une première attaque de rhumatisme généralisé, auquel elle était prédisposée héréditairement. Elle avait subi, quatorze jours auparavant, l'excision d'un polype nasal, et, à son entrée à l'hôpital, elle était déjà malade depuis trois jours. Elle fut donc mise d'abord à la diète lactée, avec une poudre alcaline et 25 centigrammes de poudre de Dower matin et soir. Ce n'est que le surlendemain, c'est-à-dire le sixième jour au moins de la maladie, que, les douleurs persistant avec élévation de température, l'acide salicylique fut ordonné, comme analgésiant ou sédatif. Dès la seconde dose, la malade était tranquille, avec pouls à 120, mais il s'éleva à 160 dès la troisième dose, et, après la quatrième, la mort eut lieu soudainement.

Des traces légères de péricardite, sans lésions du myocarde, ne pouvant expliquer cette mort subite, il s'agissait de savoir si l'acide salicylique en était la cause, ou si les caillots trouvés dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire avaient agi comme embolie. Deux cas analogues au précédent, à la suite d'une première attaque chez des jeunes femmes faisant usage du même acide, rendaient cette question nécessaire, s'il est vrai que le rhumatisme lui-même, par l'effet de l'hyperpyrexie, peut parfois paralyser le

cœur et détourner la mort subite, comme le docteur Bristow en a relaté deux cas avant l'introduction de l'acide salicylique. La fréquence de ces malheurs depuis son emploi est de nature à fixer l'attention à ce sujet. La myocardite est sans doute une fréquente complication du rhumatisme aigu, mais on doit alors en trouver les traces anatomiques. Leur absence doit donc faire chercher ailleurs la cause de la mort subite.

Le docteur Mahomed, appelé à voir ce cas, a été frappé de la faiblesse du premier bruit du cœur et même de sa disparition après l'usage prolongé du salicylate dans le rhumatisme, comme dans la fièvre typhoïde. Le pouls s'éleva de 120 à 160 en trente-six heures, chez un typhique qui y était soumis, et les battements étaient si faibles qu'ils pouvaient à peine être comptés. Le salicylate fut cessé, et le cœur revint à 120 en vingt-quatre heures. Cette remarque déjà faite de l'action de ce sel sur le cœur doit donc être prise en considération, pour ne l'administrer qu'en étudiant ses effets sur cet organe. (*Clinical society*, 9 janvier, et *Lancet*, nos II et III.)

Traitement. Une réaction très manifeste a lieu en Angleterre, comme en France, contre l'emploi de la salicine et les salicylates. Ces agents, conclut le docteur Greenhow, président de la Société clinique de Londres, sont les plus puissants antipyrétiques, et il est de règle que, en quelques heures, ils abaissent la fièvre ainsi que la température; presque aussi promptement et souvent plus vite, les douleurs articulaires disparaissent. Mais les complications rhumatismales n'en sont pas prévenues; les altérations cardiaques s'observent pendant leur emploi, et leurs effets toxiques se manifestent par la surdité, le délire, la céphalalgie ou l'irritation gastrique. Les récidives sont très fréquentes, soit par la nécessité d'en diminuer les doses, soit par la tendance naturelle des douleurs à reparaître. La durée de la maladie n'est pas diminuée, mais plutôt prolongée par l'anémie et la débilité qu'elles entraînent. C'est donc une question de savoir si les avantages compensent les inconvénients de cette médication. (*Clinical soc.*, mai.)

L'action physiologique s'en résume, d'après les expériences du docteur Laborde, à se manifester d'une manière prédo-

minante, élective sur les phénomènes de sensibilité à la douleur ou consciente. Le mécanisme de la substance chimique ne s'exerce donc pas sur la propriété conductrice du cordon nerveux sensitif, mais sur le centre récepteur et élaborateur des impressions périphériques. De là ses effets sur les symptômes douloureux dans l'état morbide. C'est donc à ce titre principal et peut-être exclusif d'analgésiant que l'acide salicylique intervient dans la cure du rhumatisme articulaire. (*Tribune méd.*)

Action sur les matériaux solides de l'urine. L'élimination si rapide du salicylate de soude par les urines et leur augmentation notable en ont fait examiner la composition par plusieurs auteurs, sans qu'ils aient pu s'accorder sur les résultats. A une seule exception près (M. Marrot), tous ont bien constaté qu'il augmente la proportion des matériaux solides, mais ils diffèrent sur leur proportion relative. L'urée augmente suivant les uns et diminue suivant d'autres, ou ne subit aucune modification pour la plupart. De même de l'acide urique et des phosphates.

Afin de trouver l'explication de ces divergences, le docteur Lecorché, aidé de son interne, a institué des recherches très rigoureuses à ce sujet dans son service de la Maison municipale de santé. Dix rhumatisants y furent soumis, dont sept hommes jeunes, de vingt-deux à vingt-cinq ans, atteints pour la première ou la seconde fois d'accès aigus ou subaigus dont les observations sont relatées. Les trois autres avaient seulement dépassé la quarantaine, dont un cas de rhumatisme spinal apyrétique. La dose ordinaire du salicylate fut de 8 grammes pas jour. Elle fut seulement de moitié dans deux cas et réduite à 2 grammes dans un troisième. Voici l'énoncé sommaire des résultats.

Polyurie. Elle n'est que consécutive à l'administration du salicylate, au lieu d'être immédiate, et se manifeste seulement dans le rhumatisme articulaire aigu. De 1000 grammes, elle s'éleva au double le cinquième jour de l'emploi du sel dans le premier cas, et de 1000 à 1500 dans le cinquième.

Densité. Elle s'élève, au contraire, immédiatement de 4 à 6 degrés et se maintient ainsi trois à quatre jours dans le rhumatisme aigu, tandis qu'elle tombe dès le lendemain, dans le rhumatisme subaigu, au-dessous du chiffre normal.

Coloration. Elle diminue en général avec l'abondance de l'urine; mais cette corrélation n'est pas absolue, il y a des exceptions.

Acidité. Constatée à l'aide du papier tournesol, elle s'est montrée très variable, sans subir d'action bien marquée du salicylate.

Urée. Augmentation immédiate très manifeste et sensible sous l'action du salicylate dans tous les cas. De 30 grammes, elle s'élève immédiatement à 47 avec 8 grammes de sel et de 25 grammes, l'excrétion monte aussitôt à 46 avec 4 grammes seulement de salicylate. Sans être aussi élevée dans les autres cas, elle est toujours sensible. A cette hausse dès le premier jour, et qui continue les deux ou trois jours suivants, succède une baisse progressive, qui, dans le rhumatisme subaigu, se manifeste dès le second jour. Les divergences à cet égard s'expliquent ainsi par la date de l'analyse. Faite immédiatement, on constatera toujours une augmentation; exécutée trop tard, elle ne donnera aucun changement, sinon une diminution. Il faut la faire tous les jours, pour avoir une donnée exacte de l'influence du salicylate.

Acide urique. Il subit des modifications identiques à celles de l'urée. De 0,720 au début de l'accès, il s'abaisse à 0,624 les jours suivants, malgré l'usage du colchique. On donne le salicylate, et il s'élève immédiatement à 1 gr. 950, 1 gr. 190 et ne diminue ensuite que lentement. Toutes les observations, sans exception, témoignent de cette influence directe.

Acide phosphorique. L'augmentation en est analogue et simultanée aux autres matériaux solides. Variable de 1 gr. 608 à 801, cet acide s'est élevé immédiatement dans le premier cas à 3 gr. 217, sous l'influence du salicylate. De 0,858, il est monté à 2 gr. 402 dans un autre cas et de 0,429 à 1 gr. 584 dans un troisième. Si cette action est moins immédiate que sur l'urée, elle se maintient plus longtemps et se prolonge d'autant plus en général qu'elle a été plus tardive à se manifester dans quelques cas exceptionnels.

L'observation faite par Stevenson : que la guérison du rhumatisme articulaire aigu est d'autant plus rapide que l'excrétion des matériaux solides de l'urine est plus abon-

dante, explique ainsi l'action salutaire du salicylate de soude. En augmentant cette excrétion dans des proportions énormes, il est la garantie d'une prompte guérison. (*Rev. mensuelle*, mars.)

Rhumatisme asystolique. Forme spéciale du rhumatisme viscéral, se manifestant par une attaque parfois subite d'asystolie aiguë, pouvant tuer en quelques jours. Elle a lieu surtout chez les cardiopathes, dans le cours d'un rhumatisme aigu ou durant les récidives d'accès ayant déjà atteint le cœur. Le développement plus ou moins patent d'une endocardite ou d'une péricardite en est la cause exclusive, d'après quelques auteurs; mais l'absence de ces désordres dans un bon nombre de cas doit en faire admettre une autre, selon le docteur Letulle. Ce serait une névrite du plexus cardiaque, d'après M. Peter, donnant lieu à des accidents analogues à l'angine de poitrine, comme il en rapporte des observations. Dans d'autres cas, une fluxion rhumatismale semble se porter sur le tissu musculaire du cœur, comme sur le cerveau dans le rhumatisme cérébral. Quoi qu'il en soit, cette forme asystolique du rhumatisme mérite de fixer toute l'attention des praticiens par sa gravité. Et, qu'elle se rattache à une inflammation du myocarde ou à un trouble profond de l'innervation du cœur, des sangsues ou des ventouses scarifiées sont le plus souvent indiquées et ont donné de remarquables succès, comme dans la cinquième observation. (*Arch. de méd.*, mai et juin.)

Rhumatisme cérébral. C'est une métastase, une substitution de la fluxion articulaire, qui se porte sur le cerveau, d'après M. Woillez. La fluxion articulaire cesse en effet aussitôt que le cerveau est atteint, et elle reparaît dès que le cerveau se dégage. Dans l'encéphale, le mal évolue avec une si grande rapidité que le médecin n'a pas toujours vingt-quatre heures devant lui pour livrer le combat suprême. De là l'indication de se décider immédiatement pour l'emploi des bains froids, sans tergiversations ni atermoiement.

L'historique de cette redoutable affection montre les avantages de cette médication nouvelle sur la thérapeutique incertaine, vague et infidèle en usage avant la découverte

de cette méthode par Wilson Fox en 1871, et suivie depuis en France, sur l'initiative hardie de MM. Raynaud et Blachez. Il est vrai qu'une guérison par l'eau froide, obtenue par Gianini au commencement de ce siècle, fut rappelée par Gubler comme un encouragement à employer ce traitement à l'occasion du succès obtenu à Mulhouse en 1857, à la suite de six affusions froides. (Voy. *année* 1875.) Mais ces incitations furent inutiles et la méthode paraissait si étrange et audacieuse que l'on s'en tint encore pendant quinze ans à la thérapeutique vague et incertaine, qui aboutissait le plus souvent à la mort.

M. Woillez n'a pu recueillir ainsi que 7 cas de guérison en France avant 1870, et encore les indications en sont aussi vagues et diverses que les autres sont précises. Sur 33 cas publiés depuis le travail de W. Fox, M. Ducastel a établi, dans sa thèse d'agrégation, en 1875, que les 19 traités par les moyens ordinaires avaient tous été suivis de mort, tandis que des 14 traités par les bains froids, 10 guérisons s'en étaient suivies. Cette statistique aurait été plus favorable encore si elle n'avait compris que les faits à forme délirante, ajoute l'auteur, car sur 5 cas rencontrés à l'hôpital et en ville, les bains froids lui ont donné 5 succès, qu'il relate et met en parallèle avec les résultats désastreux qui s'en sont suivis, quand les familles ou les consultants ont mis obstacle à l'emploi ou à la continuation de ce traitement énergique, mais sauveur. C'est aujourd'hui le véritable traitement curatif d'une affection qui déjouait tous les efforts des cliniciens, affirme-t-il ; le doute n'est plus permis.

Les bains froids ne sont contre-indiqués ni par les complications cardiaques ni les complications pulmonaires. Il les a fait administrer dans ces cas, et l'encéphalopathie a cédé, sans aggravation des autres affections. C'est donc un véritable spécifique à employer sans retard, dès que le délire coïncide avec la disparition du gonflement et des douleurs articulaires et une température de 40 degrés et au-dessus. Elle s'abaisse dès la première immersion, et c'est ainsi qu'il faut la combattre sans relâche, dès qu'elle se reproduit, soit toutes les trois à quatre heures au besoin et trois fois par jour au minimum. Ni les lotions, ni le drap mouillé, ni la glace ne peuvent remplacer le bain à 20 degrés, prolongé jusqu'à la manifestation du frisson.

M. Raynaud, qui a eu le mérite d'introduire le premier ce traitement dans la pratique, a confirmé ses effets merveilleux. C'est ainsi que, dans la première observation de M. Féréol, une femme inerte, en résolution complète, dans le coma de l'agonie, prête à mourir, fut plongée dans le bain, absolument comme un cadavre, et cependant elle se réveilla petit à petit et quitta l'hôpital guérie.

L'efficacité suprême de ce moyen est démontrée aussi évidemment par un autre fait du professeur Potain. Appelé un soir près d'un rhumatisant dont une certaine excitation, coïncidant avec l'élévation de la température, pouvait faire craindre le transport au cerveau, il recommande de préparer tout le nécessaire pour un bain froid le lendemain. Mais, dans la nuit même, le délire survient, et le médecin ordinaire, appelé, trouve le malade si près de l'agonie que ses cornées étaient déjà absolument ternes. Il fait des affusions froides, en attendant le bain, qui est donné et renouvelé pendant cinq jours, c'est-à-dire jusqu'à la guérison.

La marche lente des accidents cérébraux ne doit pas faire retarder l'emploi de ce traitement, comme M. Potain l'a reconnu par l'exemple suivant. Une femme de vingt-sept ans, ayant eu déjà deux attaques de rhumatisme, entre à la clinique, au sixième jour d'une troisième. L'état paraissait s'améliorer au treizième jour, lorsque, le lendemain, elle présenta une certaine excitation, avec une température à 40° et la diminution des douleurs articulaires. C'était l'indication des bains froids, car M. Raynaud considère le chiffre de 39°,5 dans l'aisselle comme une température élevée dans le rhumatisme, s'il s'y joint du délire surtout. Mais, cet état ayant persisté jusqu'au vingt-cinquième jour, sans autre phénomène inquiétant que l'élévation de la température à 41° à deux reprises, on ne les donna pas, malgré un peu de délire la nuit. C'est alors qu'une attaque épileptiforme survint, et une seconde le surlendemain amena le coma et la mort. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 11532.)

Les symptômes somatiques sont les premiers et les plus directement atteints, conjurés par ce traitement. D'irrégulière et tumultueuse, comme dans l'asphyxie commençante, la respiration devient plus égale et profonde; l'hématose se fait mieux. La trépidation musculaire diminue, puis dispa-

rait; il n'y a plus que de simples soubresauts des tendons, qui disparaissent à leur tour.

Cette trépidation musculaire ou des convulsions est précisément le premier effet sensible de l'immersion, quand elle est faite dans le carus agonique. Le malade semble repasser en sens inverse par la phase antérieure qu'il a déjà traversée. Enfin le délire de retour a lieu, dont les familles et le médecin s'effrayent parfois pour ne pas continuer les bains. Il est comme le râle de retour de la pneumonie, quand il coïncide avec l'abaissement de la température, du pouls et de la respiration.

L'abaissement de l'hyperthermie est le premier effet appréciable de l'immersion. Il varie de un à trois degrés et même quatre, suivant la durée du bain, toujours limitée par l'apparition du frisson. Celui du pouls est de 30 à 35 et même plus. Aucun autre médicament n'a donc une action aussi marquée ni rapide. Qu'elle soit une influence directe du refroidissement ou de la tension artérielle, elle se manifeste par le bien-être et le sommeil du malade dès qu'il est remis au lit.

La cessation du délire n'est pas une indication de suspendre la méthode réfrigérante, tant que la température remonte à 38° après le bain. On peut simplement le rendre plus doux, mais en en réglant toujours la température à l'inverse de celle du corps. Le retour d'un sommeil calme et réparatenr est le plus sûr indice de les cesser, sans danger de récidive. (*Acad. de méd.*, octobre et novembre.)

RUPTURES. Une lésion presque inconnue de ce genre a été découverte par la mort de la célèbre et sympathique artiste anglaise, miss Neilson, décédée presque subitement à Paris, au mois d'août dernier. C'est la rupture spontanée des veines variqueuses de la trompe gauche, ayant déterminé une hémorrhagie interne rapidement fatale. Des douleurs violentes dans le bassin, que rien ne put calmer, avec vomissements, pouls insensible, furent les seuls signes observés et suivis, en quelques heures, d'une syncope mortelle. L'autopsie, pratiquée par le professeur de médecine légale à la Faculté, montra ce fait extraordinaire et des plus rares d'un épanchement considérable de sang dans le péritoine, correspondant à la rupture de 4 à 5 millimètres de

diamètre de la veine variqueuse de la trompe de Fallope. C'est un accident dont il faudra tenir compte à l'avenir.

Rupture de la trompe de Fallope. Au cas survenu l'année dernière pendant l'accouchement, (Voy. *ce mot*, 1879), un autre vient s'ajouter, observé par M. Rayley Owen, ancien chef de clinique obstétricale à *St-Mary's hospital*, qui l'a soumis à la Société harveyenne, le 15 janvier dernier. Il s'agissait d'une femme mariée, de trente-neuf ans, mère de quatre enfants, dont le plus jeune a vingt mois, sans fausses couches. Réglée à quatorze ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis jusqu'au commencement de décembre 1879. Ayant eu à soigner son enfant malade, elle éprouva ensuite de violentes douleurs dans le bassin et l'estomac, maigrit et perdit ses forces. Le 7 janvier, quelques gouttes de sang apparurent, et, le lendemain matin, elle éprouva soudainement la sensation d'une déchirure douloureuse dans le côté droit et perdit immédiatement connaissance. Vue dans l'après-midi, elle était en proie aux nausées et ne revenait d'une syncope que pour y retomber. Dans l'intervalle, elle se plaignait d'une violente douleur dans la région iliaque et l'hypocondre droit, n'augmentant pas à la pression. Sueurs froides de la face et des mains. Absence de pouls radial, aucun battement des carotides et des temporales. Augmentation des battements du cœur, sans bruits; état normal de la poitrine et l'abdomen.

Concluant à la rupture d'un vaisseau, on administra des stimulants. A minuit, les syncopes avaient cessé et la douleur iliaque était diminuée, sans augmentation à la pression; respiration à 36, température à 96°,6 F., pouls à 120. Cet état se maintint jusqu'au matin. Un lavement alimentaire provoqua de nouvelles nausées; la malade perdit connaissance jusqu'à midi et succomba ainsi.

L'autopsie, faite vingt-six heures après la mort, par M. Marsh, de l'hôpital Sainte-Marie, révéla une faible raideur cadavérique, avec chaleur du corps. L'abdomen était rempli d'un sang pâle épaissi, avec de gros caillots noirâtres à droite. Les deux ovaires étaient petits et atrophiés. La trompe de Fallope gauche était petite, et à droite se trouvait une rupture à un quart de pouce de l'utérus, dont l'ouverture avait le diamètre d'une petite fève, remplie d'une ma-

tière fibrineuse; le surplus de la trompe était hypertrophiée dans toute son étendue, grosse comme une bougie élastique, son ouverture étant égale à celle d'une sonde n° 10. L'utérus était engorgé près de son embouchure, et la muqueuse intra-utérine très épaissie, sans aucune trace d'embryon. (*Lancet*, avril, n° XIV.)

Rupture de la trachée. Un garçon de dix-neuf ans, employé de chemin de fer, tombe en poussant une machine et le côté gauche de son cou frappe contre un brisoir. Le corps est retourné et jeté à distance, la tête étant surtout violemment atteinte. Douleurs vives ressenties devant et derrière le cou.

A l'examen à l'hôpital, le docteur Wagner constate l'absence des mouvements actifs de la tête et la douleur aiguë causée par les mouvements passifs. Il n'y a cependant ni fracture, ni luxation des vertèbres, mais tout le cou, la face et la région pectorale antérieure sont le siège d'un emphysème cutané, dix heures après l'accident. Respiration stertoreuse, toux et crachement de sang liquide. Deux points très-douloureux existent à peu de distance en avant du sternum. Déglutition facile, pouls à 120, température normale. On diagnostique une rupture de la trachée.

L'emphysème disparaît graduellement ainsi que la toux et la mobilité cervicale revient peu à peu. Mais un gonflement douloureux, à base large et gros comme un œuf de poule, se montre sous le menton conjointement avec une congestion des cordes vocales et la portion visible de la trachée. Du pus en sort par l'incision, puis le blessé se rétablit. (*Deuts. med. Woch.*, septembre.)

S

SANG. *Formation.* Toutes nos connaissances à ce sujet viennent presque entièrement de la physiologie expérimentale. En produisant une anémie artificielle par la saignée chez les mammifères, Bizzozero a montré que la rate est le siège d'une formation active de globules rouges. En répétant ces expériences sur les oiseaux avec le docteur Torre,

il s'est assuré qu'il en est tout autrement. C'est dans la moelle rouge des os que se rencontrent ici les principaux changements. Les cellules lymphatiques diffèrent de volume et de nombre. Le protoplasma contient des granulations qui sont manifestement le premier degré du développement des hématies; une forme intermédiaire les sépare encore de l'état globulaire. Ils parcourent ainsi trois degrés différents, en l'absence des cellules géantes qui se rencontrent dans la moelle des mammifères, bien que la distribution des vaisseaux sanguins soit la même dans les deux ordres.

C'est en faisant naître à volonté ces trois manifestations cellulaires dans la moelle des os longs et courts des oiseaux par l'anémie, sans changements apparents dans la rate, que le célèbre expérimentateur italien a fixé le siège de la formation du sang des oiseaux dans la moelle des os.

Coagulation. Des expériences très minutieuses, instituées par K. Schœnlein sur différentes classes d'animaux : reptiles, poissons, oiseaux et mammifères, ont établi que ce phénomène varie dans des proportions considérables et sans aucun rapport de durée, suivant les espèces, comme on l'admettait. De 85 à 285 secondes chez le rat et la souris, elle varie de même chez le cochon d'Inde et s'opère parfois complètement en 150 à 180 secondes. Le sang du bœuf commence à se coaguler de la 37e à la 555e seconde et l'est parfois en 90 à 210. Le commencement de la coagulation varie de 145 secondes à 515, et elle est d'autres fois complète en 3 à 10 minutes 1/2. (*Zeitschr. für biologie.*) On tombe ainsi dans l'excès contraire, en voulant trop préciser sur des unités incomparables et dont les moyennes seules peuvent établir les rapports.

Inopexie. La condition *inopexique* de la coagulation spontanée du sang dans les grands vaisseaux consiste exclusivement, d'après le professeur Renaut, dans cet état général qui abaisse le titre salin du plasma sanguin, conformément aux expériences de Hewson de 1770. En y ajoutant l'influence de la paroi vasculaire, il explique la formation des thromboses dans les points des veines soumis au maximum de frottement, comme dans l'endocardite sur les faces valvulaires. De là sa coagulation spontanée dans la phleg-

matia alba dolens, dans les cachexies et les convalescences. La signification du mot *inopexie* est donc, dit-il, « cet *état* général qui abaisse le titre salin du plasma sanguin et met les endothéliums des veines en *état* d'imminence morbide, tel alors que le frottement du liquide circulant, innocent dans l'*état* sain, détermine une réaction inflammatoire de la paroi. »

Et, pour mieux se faire comprendre, il ajoute encore : « Dans cet *état*, les séreuses des veines, comme les synoviales, les séreuses pleuro-péricardiques et celles de l'endocarde dans le rhumatisme aigu, deviennent facilement le siège d'inflammations superficielles qui déterminent secondairement et facilement la formation d'un caillot. Mais admettre des thromboses sans lésion vasculaire, se produisant sur des points d'élection avec la régularité qu'on observe dans la phlegmatia des cachexies, serait, je crois, aussi périlleux, dans l'état actuel de la science, que d'admettre des fausses membranes tapissant la plèvre sans lésion initiale de l'endothélium subjacent. » (*Revue mens.*, n° 5, mai.)

Tel est le zèle des jeunes positivistes à détruire les ontologies anciennes par des réalités. On peut juger si elles sont plus objectives. L'inopexie est remplacée par un *état* qui n'a rien de plus précis et que l'on est dans l'impossibilité de démontrer. Des inductions, des suppositions, des hypothèses, et c'est tout. Voilà le progrès et le succès du jour.

Variations physiologiques des globules. Les constatations faites à ce sujet par le docteur Dupérié, sous la direction de M. Hayem, ont donné les résultats suivants, consignés dans un travail spécial :

La moyenne générale des globules rouges de l'homme est de 5 100 000 et celle des globules blancs de 6800. Le pouvoir colorant d'un globule varie de 1 à 0,66.

Le sang du nouveau-né contient autant de globules rouges que celui de l'adulte le mieux portant, mais la proportion des globules blancs est beaucoup plus élevée. Il en contient parfois 30 000, au lieu de 5000 seulement chez l'adulte. De ces caractères spéciaux, le nom de sang fœtal.

Il y a une légère diminution de globules rouges dans le sang des enfants. La moyenne en est chez l'adulte de

5 500 000 et 5000 globules blancs. Chez les vieillards, le sang est moins riche en globules rouges.

Le sang de la femme est entièrement comparable à celui de l'homme, et les éléments s'y trouvent dans les mêmes proportions. La menstruation provoque la formation d'un très grand nombre de petits globules rouges.

Le repas amène une diminution de globules rouges et une augmentation de globules blancs.

Le jeûne provoque, au contraire, une augmentation de globules rouges, d'autant plus considérable qu'il est plus prolongé, sans cependant franchir les limites physiologiques.

Le régime azoté ne paraît pas exercer sur les éléments du sang d'autre influence qu'un régime mixte.

Le régime végétal détermine la formation de leucocytes, comme le régime lacté.

Variations physiologiques dans l'état anatomique des globules du sang, par M. le docteur André Dupérié. Paris.

Action du phosphore sur les globules. (Voy. URINES.)

Résistance des globules rouges. Après une première numération des globules dans le sérum avec l'appareil Malassez, le docteur Chanel, en en faisant successivement deux autres, en l'étendant ensuite de deux volumes d'eau, s'est assuré de ce fait, absolument nouveau, que ces globules résistent différemment à ces dilutions suivant l'âge des sujets. Le sang des jeunes gens bien portants perd ainsi dans la première dilution 8 pour 100 de son chiffre initial et 41 dans la seconde. Celui des enfants en perd bien davantage : 25 dans la première et 55 dans la seconde. Celui des vieillards en perd moins que ceux-ci, mais plus que les premiers.

La résistance globulaire est de même fort diminuée dans certains états anémiques et cachectiques. (*Recherches sur la résistance des hématies*, thèse inaug., par M. Chanel. Lyon, 1880.)

Chimie pathologique, recherches d'hématologie clinique, les altérations du sang dans les maladies, par le docteur E. Quinquaud. 1 vol. in-8 de 324 pages. Paris. Réunion des diverses recherches de l'auteur à ce sujet et dont nous

avons signalé les principales l'année dernière. Ouvrage neuf et très intéressant pour la clinique.

SARCOMES. Sarcome généralisé. Forme très rare et curieuse du sarcome fibro-plastique, qui se généralise à l'infini et dont quelques cas seulement sont connus dans la science. Une femme de quarante-deux ans et nullipare, entrée à l'hôpital Beaujon pour une tumeur du foie, en offrit l'exemple au docteur Millard. Son mauvais état général ne pouvait être attribué à aucune lésion positive, lorsque six ou sept petites grosseurs apparurent sous la peau, disséminées sur diverses parties du corps, dont une, située dans l'aine, fut extirpée et soumise à l'examen histologique. M. Malassez y trouva tous les caractères du sarcome fasciculé de Cornil et Ranvier ou fuso-cellulaire de Virchow, analogue à la tumeur fibro-plastique de Lébert. Une seconde, enlevée le long de la colonne vertébrale, au niveau de l'omoplate, a montré une constitution identique.

Devant leur multiplication, M. Millard a administré, bien qu'il n'y eût aucun antécédent syphilitique, l'iodure de potassium, jusqu'à la dose de 8 grammes par jour ; mais ce médicament, mal supporté et ne produisant aucun résultat, a été bientôt remplacé par la teinture d'iode à l'intérieur, dont la dose maxima n'a pas dépassé 15 gouttes dans les vingt-quatre heures. Sous son influence, toutes ces tumeurs ont diminué de volume. Mais, par contre, de nouvelles se sont développées. Elles occupent toutes les principaux points suivants : corps thyroïde, fesses, le long du rachis et au bord antérieur du creux de l'aisselle. Leur nombre est de dix-sept à dix-huit, dont une ou deux seulement adhèrent à la peau ; les autres siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Toutes sont indolentes, sans ramollissement ni ulcération.

Grâce au traitement, une amélioration notable est survenue, alors que la malade était considérée presque comme perdue ; elle a repris un certain embonpoint; les règles ont reparu, et l'ascite a disparu avec la tuméfaction œdémateuse des extrémités inférieures.

Deux à trois semaines plus tard, l'affection reprenait sa marche croissante avec de courtes rémissions nouvelles. Les tumeurs enlevées récidivaient sur place, d'autres se

montraient, et celle du foie s'accroissait de nouveau. L'ascite, l'œdème, la dyspnée et d'autres accidents consécutifs s'ensuivirent, avec la diarrhée, qui ne tardèrent pas à amener la mort le 18 novembre, après vingt-deux mois de séjour à l'hôpital.

L'autopsie a confirmé le diagnostic; mais la tumeur principale ne dépendait pas du foie. Située en dehors du péritoine, dans la loge du rein, qu'elle avait refoulé et réduit au moindre volume, elle adhérait seulement au foie. Son poids était de 2650 grammes. Quelques ganglions mésentériques étaient atteints, et les poumons farcis de ces tumeurs sarcomateuses à tous les degrés. Les ganglions bronchiques en étaient exempts, tandis que le corps thyroïde en était extrêmement réduit par les tumeurs sous-cutanées, toutes solides, à l'exception d'une seule, placée sur la fesse et offrant l'apparence d'anciens foyers sanguins. Un seul noyau sarcomateux existait dans les parois de la veine cave, à son abouchement dans l'oreillette droite. C'est donc là une exception à la règle histologique que le sarcome se propage par les veines et le carcinome par les ganglions et les vaisseaux lymphatiques.

Dans un cas semblable, observé par M. Cornil, la plèvre était remplie de tumeurs, dont quelques-unes étaient grosses comme des œufs et formaient de véritables grappes de grosses noix ou de poires. Les ganglions bronchiques, dans ce cas, étaient également indemnes. (*Soc. méd. des hôpit.*, mai et novembre.)

La relation de ce fait rare en a rappelé trois autres semblables, observés également dans les hôpitaux, l'un par M. Laboulbène, chez un homme de cinquante ans environ, ayant aussi un foie volumineux. Les tumeurs étaient plus vasculaires; mais l'examen histologique de l'une d'elles, enlevée avec le bistouri, montra également les caractères du sarcome fasciculé mixoïde. Une grande amélioration se manifesta, sous l'influence de l'iodure de potassium, et le malade quitta l'hôpital. Mais il y revint longtemps après, avec des tumeurs disséminées plus nombreuses, le foie plus volumineux et un aspect cachectique marqué. Il succomba rapidement, et l'autopsie confirma le diagnostic, en permettant de constater des éléments nucléaires dans quelques-unes des tumeurs.

Un autre malade, formant pendant au précédent, a été traité par M. Labbé, il y a dix-huit mois, dans son service. Il offrait depuis deux ans un état cachectique marqué, sans autre cause pour l'expliquer qu'une grosseur de consistance lipomateuse au niveau de l'omoplate. Une ponction exploratrice y révéla des éléments sarcomateux. L'emploi des toniques, de l'iodure de potassium, de la teinture d'iode à haute dose et de l'arsenic, n'empêcha pas la cachexie de s'accentuer. Des signes de péricardite et des accidents pulmonaires entraînèrent rapidement la mort.

Enfin M. Vidal a soigné en 1873 un cas semblable, datant déjà de dix-huit mois, sur un homme de soixante-douze ans, qui a guéri après l'amputation de la verge pour un sarcome du gland, étendu jusqu'aux corps caverneux. Il s'agissait bien d'un sarcome fasciculé érectile généralisé. Les plus grosses tumeurs ont été enlevées par l'écraseur; d'autres, abandonnées à elles-mêmes, se sont recouvertes d'une couche d'épiderme assez considérable, puis se sont peu à peu affaissées, pour disparaître complètement. De même, les tumeurs qui, en 1877, étaient en voie de formation, se sont non seulement enrayées dans leur marche, mais se sont également affaissées; quant aux taches rougeâtres, prélude de l'évolution de ces tumeurs, elles se sont décolorées, elles ont jauni, pour disparaître enfin à leur tour. Cette guérison est véritablement exceptionnelle et remarquable. (*Idem*, 28 mai.)

Sarcome mammaire. Sur 11 cas relatés par le professeur Estlander, pour en montrer les différences avec le carcinome (Voy. Cancer), 6 existaient à droite et 5 à gauche, tandis que 6 malades étaient célibataires et 5 mariées. Son siège est le même que le cancer, quoique affectant primitivement le tissu cellulaire sous-cutané. Mais il s'en distingue par sa localisation prolongée, ses symptômes moins accentués, moins douloureux et sa marche plus lente. De là l'indication plus fréquente de son extirpation et les résultats plus satisfaisants de cette opération. Il n'y eut qu'une seule mort rapide, 6 guérisons et 3 récidives prolongées. C'est donc là un résultat bien différent de l'amputation du carcinome. (*Revue mensuelle*, octobre.)

Sarcomes des os longs. Un savant mémoire du professeur Gross, de Philadelphie, qui tient actuellement le sceptre de la chirurgie américaine, vient de montrer que MM. Gillette et Poinsot, en France, n'avaient qu'effleuré ce sujet important. (Voy. *année* 1876.) Basé sur 65 observations, personnelles pour le plus grand nombre, il divise ces tumeurs, les plus malignes après le carcinome des parties molles, en deux grandes classes : sarcomes périphériques, *périostiques* ou *péri-osseux*, se développant dans la couche des cellules embryonnaires ou ostéoblastes, qui séparent le périoste de l'os, et en sarcomes centraux, *endostiques*, *intra-osseux* ou *myélogéniques*, naissant de la moelle ou de la couche ostéoblastique qui tapisse le canal médullaire. Les tumeurs intéressant la couche fibreuse du périoste, ou *parostiques*, ne l'envahissent que secondairement, suivant l'auteur, et ont leur origine dans les tissus voisins. De là leur élimination des sarcomes osseux.

Cette division est donc à la fois clinique et histologique, car il existe, pour l'auteur, une corrélation intime entre leur structure cellulaire et leurs caractères cliniques, contrairement à l'opinion de Billroth. Trois types principaux de cellules les distinguent : géantes, fusiformes et rondes. Et, suivant que la substance intra-cellulaire varie, il les subdivise en fibro-sarcomes quand elle est fibreuse, myxo-sarcomes si elle est muqueuse et sarcomes lymphadénoïdes quand elle présente l'apparence réticulée du ganglion lymphatique ou la structure alvéolaire. C'est le sarcome lipomateux, si elle subit la dégénérescence graisseuse, calcifié, ossifié ou chondroïde, suivant qu'elle contient l'une ou l'autre de ces matières.

Les sarcomes kystique, télangectasique et hémorrhagique empruntent également leur nom au caractère distinct de la tumeur. De là l'exclusion du terme générique d'ostéosarcome, ne s'appliquant plus qu'aux sarcomes contenant des éléments osseux.

Tous ces différents sarcomes en font ainsi le néoplasme primitif le plus fréquent des os longs. Ils siègent de préférence aux extrémités articulaires, dans le tissu spongieux des épiphyses. De là leur confusion avec les anévrysmes et les tumeurs blanches, les abcès strumeux et périostiques, l'ostéomyélite et les gommes, dont le diagnostic différentiel

ne peut se faire que par les signes propres à ceux-ci et indiqués par l'auteur.

C'est à distinguer et caractériser séparément ces différents sarcomes centraux et périphériques, suivant leurs caractères histologiques et cliniques, leur synonymie, leur fréquence et leur gravité, ainsi que leur traitement, que consiste l'œuvre magistrale du chirurgien américain; véritable monographie qui ne peut être analysée et à laquelle nous renvoyons, d'après l'exposé très complet qu'en a fait le docteur Rousseau in *Archives de médecine*, mars.

Des ostéo-sarcomes des membres. Thèse d'agrégation à la Faculté de Paris, par M. Schwartz. Monographie résumant bien l'état de la science sur ce point très spécial et s'accordant surtout avec le travail considérable précédemment analysé, sans rien de bien nouveau.

SPASME LARYNGÉ. *Trachéotomie.* État nerveux des cordes vocales, qui se manifeste chez les ataxiques et les hystériques, dans des conditions analogues à un véritable rétrécissement de la trachée et le simulant. Dans les cas d'asphyxie imminente, il peut conduire à pratiquer la trachéotomie. M. Krishaber l'a faite avec avantage chez un jeune ataxique, en mettant par là sa vie hors de danger et en faisant disparaître les accès. Velpeau et Michon l'ont pratiquée de même chez des hystériques, mais le docteur Gouguenheim blâme cette pratique. (Voy. HYSTÉRIE.) Il y a donc là une contradiction frappante, car si la dyspnée résultant de la tension et du rapprochement des cordes vocales est assez intense et prolongée pour provoquer l'asphyxie, comme il en existe des exemples, comment cette opération si simple, avec le thermo-cautère surtout, ne serait-elle pas rationnelle? MM. Gouguenheim et Schnitzler ont fait l'autopsie de femmes hystériques mortes du spasme de la glotte. (*Congrès de laryngologie de Milan*, septembre.) Il n'y a donc pas à hésiter sur cette indication, quand l'asphyxie est imminente.

Spasme glottique. Voy. ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE, ATAXIE LOCOMOTRICE.

Spasme des muscles de la face. *Étirement du nerf.* Voy. NÉVRALGIES.

SURDITÉ. *Audiphones.* L'emploi des cornets, d'origine fort ancienne, pour atténuer les tristesses de la surdité, a été remplacé par les cornets acoustiques, d'une fabrication plus récente et surtout perfectionnés dans ces derniers temps. Le tube fait avec un tissu de soie et de caoutchouc est bon conducteur lorsqu'il est pourvu d'un pavillon en corne à l'une de ses extrémités pour recevoir et concentrer les sons de l'extérieur, à l'instar du pavillon de l'oreille, tandis que l'embout mis à l'autre extrémité est placé par le sourd dans son oreille. Des tubes de 3 mètres de long sur 3 centimètres de diamètre, se divisant en plusieurs branches, permettent ainsi aux sourds qui n'entendent plus la voix à distance de prendre part à la conversation de plusieurs personnes et de goûter les charmes de la musique. Il suffit pour cela de mettre le pavillon récepteur dans la boîte d'un piano.

L'usage limité, gênant et incommode de ces instruments en a fait imaginer récemment de plus simples et portatifs. Tel est l'audiphone de Rhodes, de Chicago, patenté ou breveté en 1879, après un grand nombre d'expériences dans les instituts de sourds-muets, qui en attestent l'efficacité, surtout chez les personnes incomplètement sourdes. C'est une sorte d'écran triangulaire en caoutchouc, de 24 centimètres de large sur 30 de long et ressemblant aux écrans de coin du feu. Bandé comme un arc par des fils fixés au manche, qui, en en variant la courbure, augmente le nombre des vibrations, il suffit d'en appliquer une extrémité quelconque entre les dents du sourd pour qu'il entende assez distinctement. Son prix élevé était le seul obstacle à sa vulgarisation.

Pour rendre cet appareil accessible aux personnes les plus pauvres, *dures d'oreilles*, le docteur Colladon, de Genève, a remplacé le caoutchouc durci par une lame de carton à satiner ou carton d'orties. Tenaces, compacts, homogènes, élastiques, ces cartons sont aussi très souples, pourvu qu'ils ne dépassent pas un millimètre d'épaisseur. En donnant une courbure suffisante à un disque de ce carton, avec la main, il suffit d'en mettre l'extrémité supérieure en communication avec les dents de la mâchoire supérieure pour que l'audition se fasse. Munis de ce simple audiphone, des sourds-muets ont tous indiqué que la sensation des sons était

transmise distinctement à la tête, d'un côté ou de l'autre, suivant les individus. Des exemples merveilleux ont même été cités. Une demoiselle, artiste autrefois, très bonne musicienne, devenue complètement sourde, a éprouvé une joie excessive lorsque, se servant de ce simple morceau de carton, elle a pu entendre, pour la première fois depuis quinze ans, les airs d'un piano. (*Acad. des sciences*, 19 janvier.)

Des expériences comparatives, instituées à l'Institution nationale des sourds-muets avec ces appareils fournis par M. Trouvé, ont été faites publiquement en présence de plusieurs médecins par le docteur Ladreit de Lacharrière, en vue de vérifier l'exactitude de ces résultats. Un certain nombre de sourds-muets, lisant facilement sur les lèvres et parlant très correctement, très intelligents et ayant conservé la faculté d'entendre la voix sans distinguer la parole par l'oreille, ont été choisis à cet effet. Les yeux fermés, ils n'ont jamais pu comprendre une seule parole prononcée à haute voix devant l'audiphone.

Choisissant alors parmi les malades ceux qui avaient de la difficulté à distinguer la parole à une certaine distance, pour les soumettre aux mêmes épreuves, tous ont déclaré ne pas éprouver une grande différence avec l'audiphone dans la manière dont ils entendaient naturellement.

Dans sa clientèle, les audiphones n'ont pas donné un meilleur résultat à M. Ladreit de Lacharrière. Une dame entre autres, ayant une ankylose de la chaîne des osselets, ne comprenant les paroles qu'à l'aide du tube acoustique ou quand on lui parle à l'oreille, paraissait dans les conditions les plus favorables à cette épreuve. Néanmoins, elle n'a pu entendre qu'à 5 ou 6 centimètres de l'audiphone et un peu au-dessous de la ligne médiane de l'instrument. Sans le secours de l'instrument, elle ne pouvait comprendre à la même distance. L'instrument avait donc une utilité réelle pour elle ; mais bien relative, puisqu'il fallait parler de la manière la plus incommode et qu'une seule personne pouvait être entendue à la fois. Le son du piano n'était même perçu qu'à la distance de quelques centimètres. La différence de ces résultats semble donc qu'il y a eu des illusions de la part des auteurs de ces instruments et que la lecture sur les lèvres a pu suppléer chez quelques per-

sonnes à leur insuffisance. (*Ann. des malad. de l'oreille*, février.)

Pour simplifier le morceau de carton, qu'il n'est pas coquet de tenir entre ses dents pour entendre la conversation ou la musique, le docteur Mathieu d'Estissac l'a façonné en forme de cigares ou de fleurs que le sourd serre entre ses dents pendant qu'on lui parle. Tel est le perfectionnement du simple morceau de carton donnant les mêmes résultats. C'est l'équivalent du bâton mis en usage depuis un temps immémorial en Chine. M. Larrey l'a vu employer avec un plein succès par un vieillard, devenu mélancolique et taciturne parce qu'il ne pouvait rien entendre auparavant. Nélaton, témoin de ce fait, employait aussi avec avantage un petit morceau de bois recourbé en crosse par un bout. Il l'appliquait sur le larynx de la personne qui parlait, et, saisi par l'autre bout entre les dents du sourd, celui-ci percevait très nettement les vibrations transmises par ce moyen. Un jeune homme très sourd reçut ainsi d'un de ses parents, ancien ambassadeur en Chine, l'un de ces petits bâtons à l'usage des Chinois, ce qui lui permet, d'après M. Richet, de converser depuis avec tout le monde, sans que l'on ait besoin d'élever la voix. Il tire son petit bâton, qu'il a toujours dans sa poche, l'applique comme il est dit, et peut ainsi communiquer avec tout le monde sans difficulté. C'est le même moyen que Beethoven, devenu sourd, employait pour composer, ajoute M. Lasègue. Il appliquait un morceau de bois sur son piano et en saisissait l'autre bout entre ses dents. Un corps solide, bois ou carton, mis en communication avec les dents ou les os de la tête, transmet plus facilement les ondes sonores. Mais ces appareils ne sont utiles, *bien entendu*, que dans la surdité provenant de l'oblitération du conduit auditif externe, ou à une affection de l'oreille moyenne avec conservation de la sensibilité du nerf auditif. Un vieux soldat, très sourd, s'étant fait une plaie de tête pendant son séjour aux Invalides, entendit fort bien ce que disaient les élèves entre eux pendant qu'ils le pansaient. Les os du crâne, mis à nu, avaient directement transmis les ondes sonores aux nerfs auditifs. (*Acad. de méd.*, août.)

Téléphones. Le téléphone électrique de Bell, qui transmet

les sons à une grande distance, n'est d'aucun avantage pour les sourds. Si la distance ne compte plus, l'intensité du son n'est pas augmentée, et la perception en est impossible pour les organes affaiblis ou déformés. Mais il n'en est pas de même du téléphone à ficelle, employé jusqu'ici comme jouet d'enfant ou pour les démonstrations d'un cabinet de physique. En transmettant les ondes sonores, il les amplifie. M. Trouvé a eu ainsi l'idée d'en faire un instrument d'acoustique, dont voici tout le secret, d'après M. Ladreit de Lacharrière.

Ce téléphone est composé de plaques vibrantes, au centre desquelles est attaché un fil de chanvre ou de métal. Très tendu, il transmet les ondes sonores à une distance fort éloignée, avec une précision mathématique. Il y a deux manières de l'utiliser pour les sourds. Quand les ondes sonores renforcées pénètrent par le conduit externe, on peut s'en servir comme d'un cornet acoustique ; si, au contraire, les ondes sonores ne peuvent plus passer par l'oreille moyenne, on remplace la plaque vibrante de réception par un fragment de bois fixé par un petit crochet de fer au fil du téléphone. Ce morceau de bois sera tenu entre les dents par la personne sourde, et les ondes sonores sont transmises par le fil de chanvre avec une exactitude et une intensité très grandes. La prolongation de l'onde sonore, en permettant à l'organe d'apprécier la sensation qu'il éprouve, facilite l'audition au demi-sourd. En remplaçant le fil de chanvre par un fil métallique, l'intensité du son est décuplée, et l'impression en devient douloureuse par son exagération. Le fil de fer altère le timbre du son en le rendant métallique et très désagréable. Il a aussi l'inconvénient d'être toujours tendu entre les extrémités vibrantes, ce qui en fait un appareil peu commode. Le téléphone doit donc être particulièrement un appareil fixe ; le fil pourra suivre les contours d'une muraille, à la seule condition d'avoir une plaque vibrante toutes les fois qu'il formera un angle.

Le téléphone n'exige pas qu'on parle à la surface de la lame vibrante. Un appareil assez grand, comme la peau d'un tambour, par exemple, pourrait être placé devant ou au-dessus de la tête d'un orateur et permettre de propager les sons dans toutes les parties de l'enceinte où il parle.

De là les nombreuses applications de cet appareil. Dans

les lycées ou les écoles, les enfants demi-sourds pourraient être admis dans les classes communes d'où leur infirmité les exclut. Dans les assemblées politiques, quelques places pourraient recevoir des fils téléphoniques et permettre d'entretenir les orateurs à la tribune. Dans les théâtres, des loges pourraient même être spécialement aménagées pour les déshérités de l'ouïe; l'isolement, dans lequel leur infirmité les jette, serait considérablement adouci en prenant part à la vie publique. Ces hypothèses et ces espérances sont justifiées par la théorie, et leur réalisation paraît prochaine. (*Annales des malad. de l'oreille*, février.)

Des dépositions accablantes ont été faites contre cet instrument au congrès d'otologie de Milan. Sur 100 sourds des deux sexes, de divers âges et atteints de surdité par des causes différentes, le docteur Lennox Brown, de Londres, n'a obtenu aucun résultat persistant. L'audition paraît seulement s'améliorer pendant les premiers jours. Le docteur Knapp a constaté les mêmes effets en Allemagne, et, en répétant ces expériences à Lyon sur une vingtaine de sourds, le docteur Joly n'a constaté aucune amélioration sensible ni persistante. (*Revue méd.*, 25 septembre.)

Ouate préparée. Au lieu de la ouate simple et souvent malpropre dont beaucoup de personnes se tamponnent les oreilles à la moindre incommodité, le docteur Sexton prépare la ouate dégraissée du commerce en la faisant macérer dans des solutions médicamenteuses et sécher ensuite. Elle est ainsi très bien supportée, avec tous les avantages d'un médicament topique. Les solutions de borax à 20 pour 100, de sulfate de zinc à 2 et 5 pour 100, d'alun à 3 pour 100 et d'acide salicylique à 5, sont aussi employées contre les écoulements ou les démangeaisons du conduit auditif. La ouate salicylée réussit surtout contre les écoulements fétides. C'est un moyen commode d'en faire des médicaments nécessaires, calmants ou astringents. (*New-York med. Record.*)

Des affections auriculaires et de leurs rapports avec celles de l'utérus. Étude de pathogénie auriculaire, par Baratoux. Brochure in-8, de 46 pages. Paris, librairie *Germer Baillière.*

Collection d'observations cliniques, personnelles ou empruntées à différentes sources, montrant l'influence de la

puberté et de la menstruation, de la grossesse et de l'âge critique, sur les troubles de l'audition et la surdité. Beaucoup de jeunes filles lymphatiques, strumeuses ou arthritiques, éprouvent ainsi des troubles de l'ouïe lors de la menstruation, et il en est de même chez les garçons lors de la puberté, surtout chez ceux atteints d'otite ou d'otorrhée dans leur enfance. La disparition de ces accidents par l'âge ou la régularité des règles en montre l'action directe. Certaines femmes mariées ou non éprouvent périodiquement des bourdonnements, des douleurs ou de la surdité au moindre trouble ou irrégularité de leurs règles et à plus forte raison de leur suppression. Un écoulement purulent s'observe quelquefois à chaque époque. Des otorrhagies peuvent même en résulter, comme plusieurs exemples en témoignent, dont le premier remonte à Franck et deux autres à Triquet.

La sympathie fonctionnelle de l'utérus avec l'oreille est donc irrécusable. Elle est confirmée par la surdité résultant de la ménopause et les accidents survenant du côté de l'ouïe, durant les deux à trois premiers mois de la grossesse. Les maladies de l'utérus, métrite granuleuse ou déviation, peuvent aussi les déterminer, comme les observations XX et XXIV en sont les preuves.

Cette relation est si positive et directe que les opérations pratiquées sur l'oreille peuvent retentir sur l'utérus. L'extraction d'un polype de la caisse gauche par le docteur Miot, dans l'intervalle des règles, provoqua instantanément un flot de sang utérin, et, à chaque cautérisation du pédicule, la métrorrhagie reparaissait.

De là l'indication de traiter avec soin et persévérance les otorrhées de l'enfance, surtout chez les filles, pour prévenir ces retentissements que les fonctions menstruelles y font naître plus tard. Par la congestion répétée qui s'établit ainsi, la sclérose peut s'ensuivre, et beaucoup de surdités incurables, regardées comme accidentelles ou un effet de l'âge, peuvent bien être produites par ces otites chroniques, constitutionnelles et diathésiques. C'est là le mérite et l'intérêt tout pratique de ce mémoire. (*Tribune méd.*)

Surdi-mutité. Deux cas chez de jeunes enfants en ont été guéris par le docteur Boucheron, en faisant passer des

douches d'air dans la caisse du tympan. Il s'agissait d'une inflammation chronique de la muqueuse naso-pharyngienne, qui, en déterminant la surdité, avait produit la mutité. L'ouïe, ayant été améliorée, a rendu possible l'éducation de la parole, et la guérison est devenue complète.

Ces succès ne sont pas nouveaux. Deleau en obtint autrefois de semblables, qui firent grand bruit. Ce qui est nouveau, c'est l'explication donnée par l'auteur de ces faits. D'après lui, l'inflammation de la trompe, en produisant son occlusion, amènerait une raréfaction de l'air dans la caisse. De là, pression de la chaîne des osselets sur le liquide l'abyrinthique, par l'intermédiaire de la fenêtre ovale, et l'atrophie consécutive du nerf otique, absolument comme dans l'atrophie du nerf optique se produisant sous l'influence d'une pression intra-oculaire dans le glaucome. Ce serait donc là un vrai glaucome auditif, c'est-à-dire l'incurabilité. (*Congrès laryngol. de Milan* et *Acad. de méd.*, décembre.)

Ce n'est là sans doute qu'une hypothèse; mais, du moment que le traitement qui y correspond amène la guérison, il importe peu de la vérifier. De nouveaux faits pourront en modifier, en changer l'interprétation. Le mérite de l'auteur est d'avoir montré la possibilité de guérir certaines affections de l'oreille, qui, négligées dans le jeune âge, entraînent l'incurabilité, de la surdi-mutité, et dévoilé l'erreur du préjugé encore trop accrédité que les enfants sourds dès le jeune âge sont fatalement voués à la mutité.

Auto-insufflation. Dans ce nouveau procédé, imaginé par M. E. Browne, c'est en effet le patient lui-même qui insuffle l'air, si bien que les enfants peuvent se le faire, comme en jouant.

Lorsqu'un homme expire fortement, le voile du palais est relevé et toute communication se trouve interceptée entre la partie inférieure du pharynx et la partie supérieure, celle où se trouvent les orifices des trompes d'Eustache. Par conséquent, si, à ce moment, l'on insuffle de l'air dans cette dernière partie du pharynx, il s'y accumulera; puis, s'y étant accumulé, il passera dans les trompes.

Eh bien, que l'individu lui-même souffle par un tube qui, sortant de sa bouche, ait été introduit *à frottement* dans les narines, de manière à prévenir tout reflux de l'air

à l'extérieur, et la caisse du tympan sera aisément insufflée. (*Lancet*, 14 août.)

SYPHILIS. *Complications.* Sur 144 cas de syphilis observés à la clinique dermosyphilopathique de Rome, — 94 hommes et 50 femmes, — le Dr Ravogli a constaté dans 15 cas un catarrhe aigu ou chronique de l'oreille moyenne, tandis que le larynx n'était lésé que dans 4 cas et l'œil dans 5. D'où la fréquence plus grande des lésions de l'oreille, surtout dans la syphilis secondaire. Sur 60 hommes et 35 femmes qui en étaient atteints, il observa 6 cas de catarrhe aigu de la trompe et de la caisse au début de la période secondaire, avec érythème de la gorge, gonflement et occlusion de la trompe d'Eustache, et 5 cas à une période secondaire, plus avancée et caractérisée par une éruption de plaques muqueuses sur les amygdales et dans la cavité nasale postérieure, tout près de la trompe d'Eustache. Le catarrhe était moins aigu que dans les premiers, mais plus persistant.

Les 4 autres cas se sont montrés dans la syphilis tertiaire. Tous présentaient des gommes et du catarrhe tympanique indépendant, avec exsudation abondante dans la caisse.

Dans un 16e cas de syphilis tuberculo-ulcéreuse, les tubercules s'étaient développés dans le conduit de l'oreille, dont un existait sur le promontoire, avec perforation de la membrane dans sa partie postérieure.

D'où cette conclusion que l'oreille est plus souvent atteinte que les autres organes, surtout à la période secondaire, dont le catarrhe est simplement la conséquence de l'inflammation du pharynx et du nez, tandis que, dans la période tertiaire, c'est un catarrhe idiopathique, persistant, avec des caractères particuliers. D'où la nécessité d'un traitement topique. (*Congrès d'otologie de Milan*, septembre.)

Tibialgie syphilitique. Un moyen certain de diagnostiquer la syphilis latente, d'après le docteur Denis-Dumont, de Caen, serait, pendant sa période secondaire, un point douloureux à la pression, situé à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen de la crête du tibia. C'est ce qu'il désigne sous l'épithète risquée de *tibialgie crapuleuse.* Pour s'assurer de la valeur de ce signe, le docteur Cuignet, de Lille, examina à ce point de vue neuf syphilitiques placés

dans le service du professeur Kelsch et présentant différentes lésions : roséole, plaques muqueuses, croûtes dans les cheveux, etc. Or, chez les deux premiers examinés, la *tibialgie* existait. Chez les sept autres, il fut impossible d'éveiller la moindre douleur par la pression. Nous eûmes le même résultat négatif sur un officier. Ce signe n'est donc pas infaillible, d'après cette épreuve, facile à renouveler, pour en vérifier la valeur. (*Soc. de méd. du Nord*, 28 mai.)

De la contracture musculaire syphilitique. Thèse inaugurale, par le docteur Cesbron. Paris, 1880. Cette contracture, sans lésion appréciable, est assez peu connue et se manifeste toujours après les accidents primitifs. Les masséters, les jumeaux en sont souvent le siège, mais le biceps brachial en est surtout atteint. C'est la myopathie bicipitale de M. Mauriac. De là la raideur de l'articulation du coude, avec impossibilité de l'étendre. L'avant-bras est ainsi fléchi sur le bras à angle variable et parfois très aigu. Les mouvements sont plus ou moins restreints, sans être douloureux, à moins de les forcer. Le biceps est dur et tendu comme une corde, et le muscle prend la forme globuleuse.

Sans constituer une affection grave, cette contracture, qui semble ordinairement provoquée par le froid, peut durer des mois et des années, si elle n'est pas traitée spécifiquement. De là l'urgence de la diagnostiquer et la traiter dès qu'elle se manifeste chez les syphilitiques.

Syphilis galopante. Cet adjectif, emprunté aux auteurs français, Louis en particulier, est donné par le docteur Sturgis, de New-York, aux cas de syphilis où de graves et profondes ulcérations se manifestent dans les deux mois de la lésion initiale, pour mieux en marquer la marche rapide. Deux cas intéressants, observés à la Charité, en sont relatés à l'appui, en montrant la légèreté des premiers signes. L'alcoolisme, la vieillesse, la dépression mentale, une mauvaise hygiène et la scrofule lui paraissent les causes principales de cette complication. Elle est presque toujours associée à un état cachectique. (*Med. Society*, février). Voy. CHANCRES.

Syphilis cérébro-spinale. La guérison est si rare en pareil cas, surtout en raison de l'obscurité du diagnostic et de l'incertitude du traitement, que l'observation suivante mérite d'être citée comme un exemple à suivre. Un militaire de quarante-sept ans, marié, père de trois enfants bien portants, d'une excellente santé lui-même et d'une énergie peu commune, est pris subitement, le 14 août 1879, de difficulté de parler à haute voix avec fatigue et pesanteur dans les jambes. La voix se couvre de plus en plus les jours suivants, avec troubles de la mastication et de la déglutition. Paralysie du voile du palais, dyspnée, légères suffocations pendant le sommeil. Tous ces symptômes s'accentuent rapidement, avec douleurs vagues, surtout dans le mollet gauche. Nausées sans vertiges, voix éteinte, parole et idées nettes.

Le 29 août, la marche est impossible, l'œil gauche reste fermé, vue affaiblie, diplopie.

Devant ces accidents, il était bien permis de penser à une cause spécifique et d'interroger les antécédents du malade. Un chancre de la verge, datant de 1865, suivi de quelques plaques muqueuses sur le pharynx, formait tout son passif. Ces accidents avaient guéri rapidement, et, pendant les quatorze années suivantes, la santé était restée parfaite.

A l'entrée au Val-de-Grâce, le 12 septembre, M. du Cazal constate l'état suivant : chute de la paupière gauche, vision distincte, diplopie, déviation de la face, bouche entraînée à droite, mastication difficile, paralysie de la moitié gauche du voile du palais, sensibilité intacte. Membres supérieurs intacts. Nulle incontinence d'urine. Constipation ordinaire. Membres inférieurs : à droite, pas de mouvements ; à gauche, paralysie absolue, contractilité presque abolie. Voix éteinte, dyspnée et suffocation. Ni fièvre ni céphalalgie.

Il y avait donc lésion manifeste de plusieurs paires de nerfs, troisième, septième, lésion du pneumo-gastrique, paraplégie complète à gauche et incomplète à droite. Cette gravité des phénomènes cérébro-spinaux contrastait avec la bénignité des accidents syphilitiques anciens, et cependant ceux-ci, naissant de centres nerveux et médullaires très différents, étaient caractéristiques de l'étiologie syphilitique, où l'association des accidents est souvent des plus bizarres.

Connaissant cette caractéristique spéciale, révélée par M. Fournier dans son récent ouvrage sur la syphilis cérébrale (Voy. *année* 1879), M. du Cazal n'a pas hésité à appliquer hardiment le remède spécifique. Iodure de potassium 10 grammes par jour à l'intérieur; frictions mercurielles, avec 10 grammes par jour de l'onguent double. Douches froides.

Peu à peu, tous les symptômes énumérés plus haut s'amendent et disparaissent, amélioration progressive, et guérison complète au bout de deux mois, après l'absorption de 340 grammes d'iodure de potassium et l'emploi de 420 grammes d'onguent mercuriel double, médication parfaitement tolérée et sans autre accident que de la salivation. (*Soc. méd. des hôp.*) Voy. PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE.

Syphilis non-vénérienne. Dans plus du tiers des cas, la syphilis est communiquée sans intention ou par ignorance de la manière dont elle a été transmise, dit le docteur Mracek, et sans que l'accident initial ait été noté. C'est donc une grande erreur de croire, comme le vulgaire, que cette maladie consiste toujours dans une lésion siégeant sur les organes génitaux et provient nécessairement de ceux d'une autre personne. La lésion originaire de l'infection peut être située sur toutes les parties du corps, comme la partie dénudée qui sert à la transmission du virus. Aux 166 cas de sclérose extra-génitale primitive, cités par Sigmund en 1865, son chef de clinique en ajoute 80 autres, dont plus de la moitié, 44, sont dus au simple contact de syphilitiques avec des personnes saines, comme médecins, nourrices, infirmières ou sages-femmes, remplissant leurs devoirs professionnels. D'innocentes femmes et des enfants par un baiser, et les deux sexes en s'égratignant, se suçant et se mordant, s'attouchant en guerre ou en amour, comme dit Juvénal, sont ainsi infectés. Le contact médiat de bonbons, de cuillers, de biberons, d'instruments chirurgicaux, de pipes, de vases de nuit, de goulots de verre, et n'importe quel objet de toilette, comme les brosses et les peignes, et même de table, comme les verres, les assiettes et les plats, suffisent à contaminer un innocent. Les cas des principaux syphilographes français étant ajoutés à

cette liste, elle s'élève au chiffre total de 477, outre 27 cas récemment publiés. (*Wiener med. Press*, nos 1 à 5.)

T

TEMPÉRATURE. Ce symptôme très sensible de l'état morbide est devenu comme le pivot de la pathologie positive actuelle. Elle en est le palladium. Aucune observation n'a de valeur ni de crédit, si elle n'en compte toutes les variations. On l'étudie ainsi avec des instruments perfectionnés, de plus en plus précis et rigoureux, à l'intérieur comme à l'extérieur, dans l'état de santé et de maladie, pendant l'exercice du corps et pendant le repos, dans l'état de veille et de sommeil, pour en déterminer plus exactement les *minima* et les *maxima* dans les divers organes et les différentes maladies. De là les nombreux travaux accomplis sur ce sujet.

Température du corps au lit. En l'étudiant pendant sept années consécutives sur trois hommes de douze, quarante et soixante-cinq ans et deux femmes de trente-cinq et soixante-quatre ans, avec des thermomètres maxima à mercure, à tubes très capillaires et parfaitement calibrés, introduits dans le rectum, M. Bonnal s'est assuré, en observant sous différents climats, pendant des saisons différentes, que la température de l'air extérieur influence d'une manière très notable celle de la périphérie du corps de l'homme, ce que chacun a pu ressentir.

Le minimum, en toute saison, s'observe de minuit à trois heures du matin et varie de 36°,3 à 36°,5, alors même que la température extérieure est au-dessous de zéro. Elle s'élève ensuite graduellement de 2 à 4 dixièmes, jusqu'à neuf heures du matin, un peu plus ou moins, suivant la saison.

Le maximum s'observe de deux à quatre heures du soir et se prolonge jusqu'à huit heures en été, sans que les variations intermédiaires dépassent 3 à 4 dixièmes en hiver et 6 en été. Elle est ainsi généralement, à neuf heures du soir, de 36°,7 à 36°,9 en hiver, et de 37° à 37°,5 en été. Elle s'abaisse ensuite lentement jusqu'à son minimum.

Le sommeil ou la veille, l'abstinence ou la digestion, l'âge et le sexe n'apportent aucune modification à cette marche, dès que le corps est dans un repos complet. Les cinq sujets de l'observation, examinés simultanément à la même heure de la nuit, ont présenté une température rectale uniforme et donné des résultats toujours identiques à divers intervalles. (*Acad. des sciences.*)

Températures extrêmes. L'état morbide seul peut modifier, changer, augmenter ou diminuer la température normale. Au-dessus comme au-dessous des chiffres précédents, elle est donc toujours d'un pronostic grave. La plus élevée, de 41 à 42°, est ainsi généralement reconnue incompatible avec la vie, comme au-dessous de 35 à 33. Mais il se présente de nombreuses exceptions à cette règle.

Le docteur Donkin a collecté plusieurs exemples curieux de températures élevées de 43 à 45° et même au-delà. Une fille de dix-neuf ans, après une fièvre typhoïde, présentait des congestions passagères, avec des fluctuations de 42 à 44°,2. Elle s'éleva à 42°,3 chez une hystérique et jusqu'à 46° chez une autre femme, sans aucun symptôme grave. Elle atteignit même le chiffre incroyable de 47°, dans une néphrite purulente observée par le docteur Reddick. (*British med. Journ.*, décembre 1879.)

Mais il n'en est pas de plus extraordinaire ni de plus invraisemblable que celle observée par M. Teale sur une jeune femme après une contusion violente de la moelle, en tombant de cheval. Pendant deux mois, plusieurs médecins constatèrent, avec des thermomètres différents, des températures surélevées de 42 à 50° à l'intérieur et à l'extérieur. La guérison eut cependant lieu. (*Idem*, janvier.)

Ce sont là des exceptions rarissimes, dont il y a peu à tenir compte, surtout dans l'ignorance où l'on est des causes qui les provoquent accidentellement. Le fait seul qu'elles s'observent sur des femmes jeunes, nerveuses et hystériques (Voy. *année* 1879), en proie à de vives douleurs, mérite considération et suffit à les caractériser. La résistance ordinaire de l'organisme, dans les maladies où se présentent les plus hautes températures, ne permet guère à la vie de se maintenir au delà de 42°. La tolérance varie sans doute suivant les individus et les maladies. Une

fièvre typhoïde, un rhumatisme donnant lieu à cette hyperthermie sont presque toujours mortels, si l'on n'a pas recours au refroidissement, tandis que des enfants scarlatineux guérissent parfois sans ce moyen, après avoir marqué jusqu'à 43°; mais ces faits sont aussi rares que graves.

Dans un ordre opposé s'observent des températures excessivement basses, soit par le fait de maladies torpides spéciales, soit par le refroidissement extérieur ou l'inanitiation. La température a pu descendre de 24 à 26° sans être mortelle, comme un cas en a été observé par M. Peter sur une femme de trente-huit ans et un autre par Reinke; mais, dans ces deux exemples, l'ivresse se joignait au froid, et c'est là une véritable circonstance atténuante.

L'abaissement produit par les maladies n'est jamais aussi considérable, même dans le choléra, où le corps semble glacé. M. Roger a bien constaté 22° dans l'aisselle de nouveau-nés atteints de sclérème avant la mort; ce n'est que chez ceux marquant 32°,5 à 35° que la guérison est survenue.

En général, l'hypothermie est moins nocive que l'hyperthermie. Un refroidissement considérable peut être supporté par l'homme, et, quand l'abaissement de la température animale par le froid extérieur cause la mort, ce n'est ordinairement pas tant le froid qu'il faut incriminer que la perturbation de toutes les forces nutritives, dont l'algidité n'est que l'expression finale. (*Des températures basses centrales;* thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris.)

Abaissement par l'acide phénique. Il suffit d'une très faible dose à l'intérieur pour diminuer la température dans la fièvre typhoïde. (Voy. *ce mot.*) Plusieurs cliniciens l'ont déjà constaté. Des expériences faites au Collège de France sur le chien et le lapin par M. Menville ont donné le même résultat. Un abaissement de température peut ainsi résulter de l'emploi du nuage phéniqué chez les opérés, suivant la méthode de Lister, surtout lorsque de larges surfaces sont mises à nu, comme dans la laparotomie. (Voy. *ce mot.*) L'empoisonnement par cet acide détermine ainsi le refroidissement. (*Étude sur les variations de la température, sous l'influence de l'acide phénique*, par le docteur E. Menville. Paris, août.)

Abaissement par l'appareil Dumontpallier. Pour obvier aux nombreux inconvénients et à tous les dangers et les accidents des bains froids pour la réfrigération du corps contre l'hyperthermie, le docteur Dumontpallier a fait fabriquer par Galante une espèce de ceinture thoraco-abdominale en caoutchouc, que l'on applique simplement sur le corps du malade. Traversée par un courant d'eau refroidie et rapide à volonté, elle permet ainsi de laisser le malade dans son lit, sans l'exposer aux secousses du transport, au bain, ni à l'angoisse de l'immersion froide. Voici la description de cet appareil.

Cette ceinture se compose de deux feuillets de toile forte réunis par des piqûres longitudinales et parallèles, assez rapprochées. Dans les intervalles court un tube de caoutchouc de 1 centimètre de diamètre et de 40 mètres de long, allant d'un bout à l'autre sans interruption et s'incurvant simplement en haut et en bas, pour sortir et entrer dans les intervalles des piqûres. C'est donc une enveloppe bourrée de tubes dont on recouvre le malade sans le moindre déplacement. De là la facilité de lui donner la forme de la partie du corps, tête, tronc ou membre, sur laquelle on veut l'appliquer,

Les deux extrémités du tube servant au courant de l'eau froide aboutissent à un appareil dit de distribution, muni de robinets pour régler l'arrivée de l'eau et la rapidité de son courant.

Deux thermomètres placés au voisinage des robinets donnent la température de l'eau à son entrée et à sa sortie de l'appareil. Un siphon plongeant dans un réservoir élevé de 1 m. 50 au-dessus du plan du lit opératoire alimente l'appareil. Le débit ordinaire est de 1 lit. 80 à la minute.

On ne fait agir l'appareil qu'après avoir pris les températures rectale et axillaire. Au début, les deux thermomètres marquent la même température, mais bientôt le thermomètre de sortie monte, parce que l'eau s'échauffe progressivement au contact du corps; mais elle s'abaisse bientôt, et après quinze à vingt-cinq minutes, suivant les malades, le thermomètre de sortie descend à 12°, même 11° centigrades. Dès ce moment, la *régulation thermique* du malade est vaincue, et, de dix en dix minutes, les températures axillaire et rectale baissent de 1 à 2 dixièmes de degré,

si bien qu'au bout d'une heure, une heure et demie, la température générale est tombée de 1° à 2° centigrades. La température rectale reste même abaissée plus longtemps que la température axillaire, qui remonte deux et trois heures après.

Appliqué sur des typhiques et des varioleux dans le service de M. Dumontpallier à la Pitié, cet appareil n'a produit ni frisson ni accidents ultérieurs. Un malade a pu le supporter vingt-quatre heures durant et dormir parfaitement. Il suffit de fermer les robinets, dès que le froid se manifeste, pour qu'il devienne insensible. C'est donc là un perfectionnement pour abaisser l'hyperthermie morbide dans plusieurs affections où l'immersion n'est pas absolument indiquée, comme dans le rhumatisme cérébral avec délire. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Température cérébrale. Dans le but de vérifier et contrôler la valeur des recherches faites sur la thermométrie cérébrale par Broca et d'autres observateurs à sa suite, le docteur F. Franck a eu la singulière idée d'expérimenter sur des os et de la peau à l'état sec, puis sur les os et la peau d'un animal venant d'être sacrifié, pour rechercher et connaître la conductibilité calorifique des diverses parties du crâne, en enlevant la dure-mère, qui le tapisse à l'intérieur.

Une couche d'os sec de 3 millimètres d'épaisseur, placée à la surface d'une caisse en cuivre rouge, n'a pas élevé la température de un degré seulement à l'extérieur, et il a fallu chauffer à 3 degrés au moins celle de la caisse, représentant la masse encéphalique, pour que la couche d'os accusât une élévation de un dixième. D'où la conclusion que les tentatives de localisations cérébrales par les températures superficielles du crâne ne doivent être acceptées qu'avec une grande réserve.

On peut juger si une pareille expérience justifie cette conclusion ; comment comparer la chaleur artificielle appliquée à un corps inerte aux effets calorifiques produits par les actions vitales? Est-ce que le crâne vivant, avec sa circulation propre et l'adhérence de la dure-mère, ne lui communiquent pas des effets tout différents qu'à de la poudre d'os morts? Agir ainsi, c'est confondre la vie avec la mort.

Au contraire, l'expérimentateur émérite du Collège de France a constaté que la couche cérébrale conduit très bien la chaleur et que, si une partie vient à s'échauffer par suite d'une lésion, les parties voisines s'échauffent de même. D'où l'infirmation du casier thermométrique dressé récemment par M. Amidon pour le diagnostic des affections cérébrales. On voit que tout cela est en dehors de la clinique, qui importe seule au médecin. (*Soc. de biol.*)

TESTICULE. Telle est la gravité des tumeurs de cet organe, en particulier au point de vue de la virilité, qu'il est de la plus haute importance d'en déterminer la nature. De là la question de M. Lannelongue sur une tumeur curieuse, très rare, du testicule gauche, grosse comme un œuf de poule, chez un enfant de cinq à six ans. De la consistance d'un lipome diffus, elle est remplie de nodosités dures, non adhérentes à la peau et mobiles sous l'enveloppe scrotale. Le testicule, intact avec son épididyme, est senti distinctement au centre. Indolente et transparente, cette tumeur, apparue dès la naissance, a grossi lentement et prend un tel développement que son excision est devenue indispensable, sous peine d'entraver la fonction de l'organe et d'altérer sa nutrition.

Deux hypothèses rendent seules compte de cette tumeur : inclusion scrotale, ou adénome développé aux dépens des débris du corps de Wolff ou organe de Giraldès. Les nodosités qu'on y perçoit peuvent être de petits kystes, et les cordons sentis çà et là, des tubes du corps de Wolff. C'est donc à cette supposition que l'auteur s'arrête de préférence pour expliquer cette tumeur, dont l'existence n'a pas encore été signalée. (*Soc. de chir.*)

Myome du cordon. C'est en enlevant une tumeur analogue, apparue dix-huit mois auparavant, chez un autre enfant, à la suite d'un coup reçu sur le scrotum, et diagnostiquée comme un néoplasme simple, à cause des douleurs vives et du gonflement développés récemment, que le professeur Trélat s'aperçut qu'il en était tout autrement. Au lieu de s'échapper du sac dartoïque, le testicule avait des adhérences multiples qui nécessitèrent une dissection minutieuse pour le détacher. La tunique vaginale et les tissus périphé-

riques étaient épaissis, indurés; mais le tissu du testicule paraissait à peu près sain; au voisinage du hile de la glande, au contraire, existait une coloration rouge, congestive, avec dilatation des vaisseaux et même d'aspect hémorrhagique. On crut donc à une vaginalite plastique, avec produits inflammatoires, ayant amené la compression et par suite l'aspect particulier du corps d'Higmore; le résulta ayant été en même temps l'abolition de la cavité vaginale, ainsi que l'atrophie de l'épididyme. Mais le microscope démontra le contraire. C'était un myome du cordon, caractérisé à son émergence par l'accumulation de fibres musculaires lisses constituant une véritable tumeur. De là, ces fibres, s'étendant dans toutes les directions, avaient envahi toutes les parties constituantes de la glande, en se portant sur les veines, les artères et les conduits épididymaires oblitérés, jusqu'à la tunique albuginée elle-même.

C'est donc là une variété de tumeur testiculaire très rare, parce qu'elle est méconnue, et que ces détails anatomiques permettront de mieux diagnostiquer à l'avenir. Sa nature, en la rendant moins grave que les néoplasmes, permet de l'enlever avec sécurité et sans crainte de récidive, comme dans le cas actuel. On peut même en tenter la guérison par des topiques. (*Idem.*)

Fongus bénin. Voy. CASTRATION.

Testicule tuberculeux (?) *Abrasion.* Depuis longtemps, les indurations d'un testicule ou des deux à la fois, avec une ou deux petites fistules laissant écouler quelques gouttes de pus, sont considérées comme des signes de tubercules, surtout si la prostate ou les vésicules séminales sont aussi atteintes. M. Richet, à propos d'un fait de ce genre, a montré que cette doctrine était erronée; que ce n'est pas là du tubercule, malgré sa ressemblance, mais de la caséification simple et toute locale, analogue à celle des ganglions scrofuleux. Elle ne s'inocule ni ne se propage comme le tubercule, mais, sous l'influence de l'inflammation, elle se liquéfie et forme du pus. D'où cette conséquence logique que, au lieu de respecter ces indurations suppurantes, il faut les enlever, les exciser, pour soustraire les malades au danger d'un foyer purulent et à toutes ses conséquences formidables. Voici les faits à l'appui de ces propositions.

Un homme de vingt-sept ans, très fort et taillé en athlète, portait, depuis deux à trois mois, une induration et une fistule de l'épididyme gauche, apparue consécutivement à une blennorrhagie de longue durée, sans orchite inflammatoire. L'induration s'était ramollie, un petit abcès s'était ouvert spontanément, et une fistulette s'en était suivie. Etant dans l'intention de se marier, il entra à l'Hôtel-Dieu, pour être débarrassé de cet écoulement de pus incommode.

A l'examen, prostate saine, vésicules séminales gonflées et dures. Le doigt, en pressant dessus, faisait sortir quelques gouttes de pus par l'urèthre, et c'est ainsi que l'urine, à chaque émission, entraînait et chassait devant elle un petit filament blanc, comme une sorte de bouchon, à la manière d'une goutte militaire. Rien au poumon qu'une résonnance, moindre à droite qu'à gauche, conséquence d'une ancienne pleurésie.

Par suite des explorations multiples des élèves de la clinique, le testicule se gonfla, et un érysipèle du scrotum se propagea au bas ventre et aux cuisses. C'est dans ces conditions, nullement alarmantes, qu'un violent frisson survint subitement, avec délire, pendant la nuit. Le lendemain, l'érysipèle avait disparu. Mais le frisson se renouvela tant et si bien, malgré le sulfate de quinine et l'alcoolature d'aconit, que, vingt-trois jours après le début des accidents, ce garçon, vigoureux et bien constitué, entré dans le service pour une opération de complaisance, mourait d'une infection purulente la mieux caractérisée.

L'autopsie révéla en effet des abcès métastatiques multiples dans le foie, dont l'un occupait tout le lobe gauche et formait une grosse tumeur à l'épigastre pendant la vie. Une tumeur du cou était aussi formée par un abcès métastatique, ayant dénudé l'os hyoïde. Mais il n'est pas dit que l'on ait, par une ouverture précoce, tenté de débarrasser l'organisme de ces deux foyers de suppuration l'empoisonnant.

Testicule droit sain. Le gauche, plus petit, l'est également; mais l'épididyme est induré et rempli de productions caséeuses. Le canal déférent est sain, ainsi que la prostate augmentée de volume. Les vésicules séminales étaient remplies d'un liquide crémeux et caséeux. En pressant dessus, ce liquide sortait par l'urèthre, au niveau du *verumontanum*. Vessie à l'état normal.

L'examen microscopique montra que la matière caséeuse, jaunâtre, trouvée dans l'épididyme, était formée de leucocytes serrés les uns contre les autres, avec de très nombreuses granulations. C'était du pus concret, aggloméré, sans aucun caractère du tubercule.

Poumons sans tubercules, malgré d'anciennes adhérences à gauche. De petites granulations rougeâtres, comme des grains de sable, existent sur les méninges, mais sans aucune apparence tuberculeuse. Ce sont de simples produits inflammatoires, n'ayant, comme siège et forme, aucun des caractères de la granulation tuberculeuse.

L'induration épididymaire de ce garçon, malgré la fistule et l'état de la prostate et des vésicules séminales, n'était donc pas de nature tuberculeuse. La pyoémie, à laquelle il a succombé, le confirme, car, après bien des autopsies de tuberculeux, jamais on n'a vu un phthisique mourir d'infection purulente. Louis l'avait bien remarqué, en disant que ces tubercules du testicule ne ressemblaient pas aux autres par la tendance à la généralisation, et il avait posé cette loi : Le tubercule a une grande tendance à se généraliser, *excepté le tubercule du testicule.*

Malgré cette différence essentielle, Louis n'en admettait pas moins le tubercule du testicule. C'est après en avoir observé beaucoup d'exemples à l'hôpital Saint-Louis, où les porteurs de ces fistules de l'épididyme et du scrotum affluent par l'idée de scrofule qu'ils y attachent, que M. Richet s'est convaincu qu'elles n'étaient pas tuberculeuses, par leur absence de généralisation. On les voit persister pendant dix, quinze, vingt ans et plus, sans déterminer d'accidents sérieux, et finir même par disparaître. C'est guidé par ces guérisons spontanées qu'il a entrepris l'abrasion de ces foyers et ordinairement avec succès. Il y a bien manifestement sans doute le véritable tubercule du testicule ; mais il est très rare et se généralise rapidement, comme la tuberculose. La suppuration des voies séminales, très fréquente, au contraire, ne se généralise jamais. Cette proposition, émise dès 1858, souleva d'abord beaucoup d'objections ; mais, depuis qu'elle a été formulée dans la thèse de M. Maugin, plusieurs praticiens l'ont adoptée et s'y conforment, en en suivant les enseignements.

Un homme portant une de ces petites fistules, appelées

improprement testiculaires, puisqu'elles proviennent le plus souvent de l'épididyme, peut donc et doit même en être débarrassé, dès qu'il est d'une bonne constitution et se porte bien, sans aucun indice local ni général de tuberculose. Le fait précédent est une preuve éclatante de cette indication opératoire, aucune trace de tubercule n'ayant été rencontrée nulle part, pas même au sommet des poumons. Il n'y avait pas davantage d'abcès métastatiques, pas de foyers en suppuration pouvant être considérés comme des tubercules ramollis. Au contraire, il y en avait dans le foie, où il ne se rencontre guère, tandis que les granulations toutes récentes des méninges n'avaient nullement ce caractère.

A défaut d'une explication positive, M. Richet compare cette suppuration des voies séminales à celle des ganglions engorgés et plus ou moins volumineux du cou, qui se ramollissent et suppurent si souvent chez les individus strumeux. Il en sort avec le pus une matière caséeuse, qu'il peut être difficile de distinguer histologiquement de la matière tuberculeuse, mais qui n'en est pourtant pas, au point de vue clinique. C'est ainsi que les chirurgiens, d'après l'exemple de Velpeau, les enlèvent par l'excision ou la destruction du ganglion sur place, au moyen des caustiques ou autrement. Et les opérés guérissent, sans récidive ni tuberculisation concomittante, ni avant ni après l'opération.

De même que cette caséification des ganglions, chez les strumeux, paraît causée par les petites ulcérations suppurantes qu'ils portent ordinairement aux yeux, aux oreilles, au nez ou dans la bouche, celle de l'épididyme ou du testicule peut bien s'opérer par un mécanisme analogue. Les vaisseaux lymphatiques transportent, charrient évidemment les éléments inflammatoires : globules purulents, pyoïdes ou granuleux de ces ulcérations, dans les ganglions, où ils aboutissent et où s'entassent ces éléments du pus. Dès lors, la blennorrhée qui précède ordinairement ces indurations fistuleuses de l'épididyme ou du testicule ne peut-elle être l'origine et la source de cette caséification? L'inflammation ou ses produits, c'est-à-dire les éléments du pus, en gagnant ainsi de proche en proche les conduits éjaculateurs, les vésicules séminales, le canal déférent et l'épididyme, ne peuvent-ils pas s'y accumuler et déterminer le même effet? Cette similitude est d'autant plus probable

que le testicule est exposé aux froissements, aux contusions qui sont des causes fréquentes d'inflammation et de suppuration. Il n'est pas rare d'ailleurs que l'uréthrite aiguë se propage directement à l'épididyme. La même propagation peut donc avoir lieu dans certaines blennorrhées, ou chez quelques individus en particulier. Ces indurations peuvent même être prises pour des cancers, par les douleurs sourdes, les élancements dont elles sont le siège. Un médecin en présenta l'exemple sur lui-même; mais, comme le cancer n'atteint jamais simultanément les deux testicules, il suffit d'un traitement approprié pour faire disparaître cette induration épididymaire consécutive, sans que depuis six ans aucune récidive se soit manifestée.

Il convient donc de ne pas rester inactif devant ces pseudo-tubercules ou cancers du testicule. Il faut agir activement au contraire, quand cette affection toute locale n'a pas de tendance à se généraliser. Il faut agir par ce fait que tous les individus qui suppurent, quelque petite que soit leur plaie, apparente ou cachée, sont exposés aux complications les plus graves, comme l'érysipèle et l'infection purulente. La castration est rarement nécessaire; mais l'abrasion du foyer est souvent indispensable. Il ne faut pas craindre d'enlever le testicule quand il est pris tout entier. J'ai même pratiqué, dit le professeur en terminant, dans ces conditions, d'abord la castration du côté gauche, puis la castration du côté droit. C'était sur un commis de nouveautés, âgé de vingt-cinq ans. Il y a de cela plus de vingt ans et la guérison ne s'est jamais démentie. L'opéré est devenu obèse, sans jamais tousser, et, ce qu'il y a de plus curieux, c'est qu'il prétend remplir exactement, et avec efficacité, tous ses devoirs conjugaux. (*Union méd.*, n° 154, 1879.)

THÉRAPEUTIQUE. Elle n'est plus l'art de guérir, comme la qualifiaient les anciens, d'après l'importance majeure qu'ils lui donnaient en médecine; le jeune et nouveau professeur actuel de la Faculté de médecine de Paris, M. Hayem, la définit plus exactement : l'art de traiter les malades. Rejetant toute idée surnaturelle, mystérieuse, empirique même, sur l'action des médicaments, il en a profondément modifié le programme d'études et d'enseignement à l'ouverture de son cours, le 6 avril. Il en distrait

ainsi la matière médicale qui s'y trouvait comprise, comme formant la matière des cours d'histoire naturelle, physique et chimie, où elle est préalablement enseignée. Elle sera donc supposée connue d'avance et malgré l'importance des récentes découvertes que le jaborandi, la duboisia en botanique et les iodure et bromure de potassium, le chloral, l'acide salicylique en chimie offrent au thérapeutiste, il se maintiendra dans un autre cadre, dont voici les divisions principales.

Considérant la thérapeutique comme une annexe de la physiologie, suivant la doctrine de Cl. Bernard, il la divise en deux parties : l'étude pharmaco-dynamique et l'étude pharmaco-thérapique des médicaments, c'est-à-dire des agents de la matière médicale connus. La première est une science purement expérimentale, dont l'objet est le mode d'action des médicaments et qui se compose d'expériences difficiles sur l'homme sain et sur l'homme malade, d'expérimentations sur les animaux sains, et mieux encore sur les animaux chez lesquels on serait parvenu à produire artificiellement des maladies analogues aux maladies spontanées de l'espèce humaine. Cette dernière condition est malheureusement, la plupart du temps, presque impossible à réaliser, et, sous ce rapport, de nombreux desiderata restent à combler.

Mais, malgré l'insuffisance relative de nos connaissances sur le mode d'action des médicaments, le professeur affirme avec conviction que rien dans cette action n'est mystérieux ni spécifique. Si bien des points semblent encore inexplicables, il faut en accuser l'insuffisance de nos connaissances et la difficulté des investigations. Comment, par exemple, la digitale, qui chez l'homme en état de santé ne manifeste pour ainsi dire point d'action diurétique, devient-elle chez l'hydropique un si précieux moyen de faire résorber la sérosité épanchée en augmentant la quantité des urines? Comment le mercure qui, chez le sujet sain, ne manifeste que des effets fort obscurs, devient-il chez le syphilitique un si puissant agent de curation? Voilà ce que la science est encore impuissante à expliquer; mais cependant elle permet déjà de dire que, même en ces points, l'action des médicaments ne s'écarte pas des lois générales de la physiologie. Les effets curatifs de la digitale ou du

mercure doivent tenir aux conditions spéciales encore mal connues des organismes pathologiques auxquels on les adresse.

La pharmaco-thérapie est l'application des données de la thérapeutique au lit du malade. C'est la partie la plus importante de la science médicale, car c'est elle qui répond au « que faire? » posé par les malades et leur famille.

Cette science mériterait un enseignement spécial qui n'existe pas, mais qui se trouve heureusement, en partie, suppléé par les leçons de tous les cliniciens. N'ayant point la possibilité de faire son cours au lit du malade, il devra donc se borner forcément aux études pharmaco-dynamiques expérimentales, dont il s'efforcera néanmoins de contrôler les résultats cliniques dans son service d'hôpital. La création prochaine d'un vaste laboratoire de thérapeutique expérimentale complètera cet enseignement oral et rendra enfin à la thérapeutique le rang qu'elle mérite d'occuper en première ligne dans les sciences médicales. (Voy. Prix, Quinine.)

THERMO-CAUTÈRE. La propriété hémostatique de ce nouvel instrument, en lui créant de nombreuses indications en chirurgie, en ont fait rapidement constater les avantages et les inconvénients. Son emploi, dans une amputation du col de l'utérus, faite par M. Eustache, de Lille, en provoquant une discussion, à la *Société de chirurgie*, sur le rapport de M. Guéniot, permet d'en apprécier les applications dans les cavités plus ou moins profondes, comme la bouche, l'oreille ou le vagin.

Selon M. Després, l'emploi de cet instrument est dangereux et d'une mauvaise pratique, par les brûlures qu'il peut déterminer, dans toute opération un peu sérieuse, dans la bouche et la cavité vaginale. Un opéré de Dolbeau fut ainsi asphyxié par la fumée, et il fallut pratiquer la trachéotomie. Il y a eu aussi des gangrènes du vagin consécutives à cet emploi.

Il a cependant été employé avec succès et de grands avantages contre les affections buccales et pharyngiennes. (Voy. Ignipuncture.) Et de même dans les fistules anales, la rectotomie linéaire et l'uréthrotomie externe. Les abcès

périnéphriques ont été aussi ouverts sans accidents par ce moyen. (Voy. *ces mots*.)

Son emploi exclut ainsi l'éthérisation pour l'anesthésie locale et l'on y substitue avec avantage le bromure d'éthyle qui n'est pas inflammable. (Voy. ANESTHÉSIE.)

THORACENTÈSE. *Indications*. Toutes celles qui ont été signalées et jugées diversement se réduisent à deux propositions, d'après l'auteur le plus autorisé à ce sujet, M. Dieulafoy, à savoir, si, en présence d'une pleurésie aiguë avec épanchement, cette opération est urgente ou discutable. Son urgence ne doit être basée que sur l'évaluation de la quantité du liquide. Qu'il y ait ou non fièvre et oppression, ce sont là des questions secondaires. La dyspnée n'est pas un signe absolu de l'abondance du liquide, des épanchements considérables étant parfois associés à une oppression insignifiante; beaucoup de pleurétiques ayant deux ou trois litres de liquide dans la plèvre marchent et se promènent sans que leur respiration soit compromise. Ces faits ont été publiés, et l'auteur a pratiqué lui-même la thoracentèse à un étudiant de son service qui venait régulièrement à l'hôpital sans en éprouver beaucoup de gêne, malgré les deux litres de liquide qui lui furent retirés. Attendre la dyspnée, c'est mettre la vie du malade en danger par l'abondance de l'épanchement. La mort subite ou rapide, causée par des caillots cardiaques, en est la conséquence fatale. La mort n'a jamais coïncidé avec un épanchement inférieur à deux litres. C'est donc de 1500 à 2500 grammes que la thoracentèse est indiquée. La matité, remontant en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate et coïncidant avec l'obscurité du son dans la région claviculaire, en est le signe le plus probant. La pointe du cœur bat alors entre le sternum et le sein droit, lorsque l'épanchement est à gauche. Dans ces conditions, il faut opérer de suite; renvoyer au lendemain est une formule malheureuse, qui coûte souvent la vie au malade.

Dans toute autre circonstance, la thoracentèse est discutable. Tant que la température reste élevée et indique l'état aigu, il vaut mieux attendre. La décroissance naturelle de l'épanchement et sa résorption rapide en sont des contre-indications. Mais, dans le cas contraire, il faut retirer le

liquide. Ce n'est pas impunément qu'un liquide séjourne longtemps dans la plèvre : les organes déplacés s'immobilisent dans leurs positions vicieuses; le poumon aplati et adhérent respire mal; l'hématose et la circulation sont compromises, sans compter, chez les sujets prédisposés, le passage de la phlegmasie à la chronicité et à la purulence. La thoracentèse pratiquée au moment voulu peut abréger de plusieurs semaines la durée de la maladie; elle fait tomber le reliquat de fièvre qui accompagne souvent les épanchements lents à se résorber. (*Manuel de pathol. interne*, vol. I.)

Double tube à demeure. Ce nouveau procédé est indiqué, d'après M. Potain qui en est l'inventeur, dans les cas où le pus semble intarissable par des ponctions et quand il n'y a pas indication précise de pratiquer l'empyème ou la pleurotomie pour l'évacuation de caillots ou de fausses membranes, libres et purulentes, en décomposition. Ouvrir largement la poitrine, en dehors de ces conditions qui la rendent absolument indispensable, c'est toujours défavorable à l'accolement des plèvres nécessaire à la guérison définitive. Et la pression intra-thoracique étant souvent insuffisante et au-dessous de celle du liquide épanché, cet accolement est ainsi retardé, sinon impossible.

La canule à demeure, rigide et parfois irritante, laisse toujours l'air pénétrer dans la poitrine, comme la pleurotomie; le drainage est souvent difficile dans son application, et l'issue du liquide n'étant pas toujours facile, les flocons purulents ont ainsi chance de stagner dans les bas-fonds de la plèvre.

Au contraire, l'application d'un double tube à demeure est une opération simple. Elle permet de faire circuler dans la plèvre, à l'abri de l'air, de grandes quantités de liquide, sans que le poumon ait à subir des changements de pression brusques ni considérables, et fournit le moyen de régler, à l'aide du manomètre, et de maintenir le degré de tension intra-pleurale propre à favoriser l'expansion pulmonaire.

Deux malades ont été soumis à ce procédé. L'un était un garçon de quinze ans. Deux thoracentèses pratiquées à un mois d'intervalle avaient donné du pus en abondance, et, quatre jours après la seconde, il s'était reproduit aussi

abondant. Ce fut l'indication de ce procédé. On pratiqua alors dans le cinquième espace intercostal, sur la ligne verticale de l'aisselle, deux ponctions à 5 centimètres de distance, avec un gros trocart. Il suffirait ainsi de les réunir, si la pleurotomie devenait nécessaire. Deux tubes en caoutchouc furent introduits par les canules, retirées ensuite avec précaution. Le bout extérieur est mis en communication avec de longs tuyaux de caoutchouc par des ajutages en verre dont l'un plonge dans le vase à siphon contenant de l'eau tiède pour injecter dans la plèvre, tandis que l'autre plonge dans l'eau d'un bocal placé en bas du lit. On est ainsi à l'abri de toute aspiration de l'air.

Après avoir laissé écouler le pus formé, on fait passer une solution d'acide salicylique à 1 gr. 50 pour 1000 dans la plèvre, chaque matin, jusqu'à ce que le liquide sorte clair. Les tubes sont ensuite fermés avec des fossets et repliés sous un bandage ouaté. Ce garçon guérit parfaitement par ce moyen.

Le même procédé, appliqué chez un cocher de cinquante-cinq ans, atteint d'épanchement purulent, suite de blessure avec pneumo-thorax, après cinq thoracentèses consécutives, réussit également à tarir l'épanchement. Mais des complications postérieures firent succomber le malade, et l'autopsie montra que le foyer primitif de suppuration pleurale s'était très notablement circonscrit en six semaines.

Ce procédé est donc aussi simple que l'empyème est effrayant. La première ponction pour le tube d'entrée peut être faite avec le trocart à hydrocèle, dont la canule suffit à introduire le petit tube en caoutchouc, toujours suffisant pour la pénétration du liquide. Il doit plonger de 10 centimètres environ dans la cavité de la plèvre. Sa longueur doit donc être de 15 à 18 centimètres, selon l'épaisseur des parois du thorax. L'autre tube, d'un calibre supérieur pour faciliter la sortie du liquide, peut être d'un tiers moins long et pénétrer seulement de 5 à 6 centimètres. (*Revue mensuelle*, décembre 1879.)

Ce nouveau procédé de drainage, par sa simplicité, mérite d'être essayé, quoique n'ayant encore que deux applications à son usage.

Mort subite. Elle a eu lieu chez un opéré, âgé de cin-

quante-trois ans, atteint d'emphysème pulmoniare ancien. Entré le 1er octobre à l'hôpital Necker pour une pleurésie aiguë simple datant de quinze jours, il ne présenta rien de spécial pendant dix jours, lorsqu'une dyspnée considérable apparut, avec menace d'asphyxie. L'épanchement n'avait pas diminué. La ponction, pratiquée d'urgence avec l'aiguille n° 2, donna issue à 1 litre 1/2 de sérum. Aucun incident n'eut lieu : pas de dyspnée ni d'expectoration albumineuse. A sept heures et demie du soir, cet homme meurt subitement.

L'autopsie montre encore 1 litre 1/2 de sérum dans la plèvre droite, tapissée de néo-membranes minces. Atélectasie du poumon correspondant. A gauche, lésions de pneumonie chronique interstitielle au sommet et emphysème généralisé. Cœur normal, mais dilaté. La mort par syncope ne peut donc être attribuée, d'après M. Tenneson, qu'aux lésions pulmonaires. D'où le danger de pratiquer la thoracentèse chez les malades qui en sont atteints, comme plusieurs exemples l'ont déjà montré. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 novembre.)

Etude clinique sur la thoracentèse dans les pleurésies séreuses. Thèse inaugurale, par le docteur Charles Chatelin, interne lauréat des hôpitaux. Paris, janvier 1880.

Monographie très complète sur les indications, les procédés et les résultats de cette importante opération dans la thérapeutique actuelle.

TRACHÉOTOMIE. *Emploi du thermo-cautère*. 22 cas en sont relatés par le docteur J. Bœckel, de Strasbourg, qui lui ont donné 13 guérisons et 9 morts, dont une enfant de cinq ans ayant cessé de respirer avant l'ouverture de la trachée. Sur les 21 trachéotomies, il n'y eut qu'un seul cas d'hémorrhagie avec le thermo-cautère, l'autre étant résultée de la section de la trachée avec le bistouri. L'instrument est donc un parfait hémostatique, même en divisant le corps thyroïde. Il facilite ainsi l'opération. La préférence doit lui être accordée pour cette seule raison. Et, en présence même du danger de l'hémorrhagie par la division de la trachée avec le bistouri, on peut se demander s'il ne faudrait pas la faire avec le thermo-cautère. Employé dans deux cas

spéciaux de cou très congestionné, il n'en résulta aucun inconvénient et l'hémorrhagie probable fut évitée.

Quant à la crainte tant invoquée du rétrécissement trachéal ultérieur, c'est une pure hypothèse, qui ne s'est réalisée chez aucun des guéris, suivis de près pendant un an et plus. La régularité des fonctions respiratoires, l'intégrité absolue de la voix et l'absence de cornage en sont la confirmation. (*Ann. des malad. du larynx*, n° 3.)

Adhérences des cordes vocales. Chez un enfant trachéotomisé, il fut impossible d'enlever la canule sans que la suffocation fût imminente. Une scarlatine consécutive ayant enlevé cet opéré, M. J. Bœckel trouva, à l'examen du larynx, une adhérence des deux cordes vocales dans toute leur étendue, un seul point excepté admettant à peine la pointe d'un stylet. Cette agglutination ne résultait-elle pas de l'abrasion des surfaces après l'élimination des fausses membranes? C'est, en tout cas, un nouveau danger, dont il faudra tenir compte à l'avenir. (*Soc. de méd. de Strasbourg*, 1879.)

Trachéotomie sans tube. Ce nouveau procédé est né de la nécessité, comme beaucoup d'autres simplifications chirurgicales. Le docteur Martin, de Boston, en est l'inventeur bénévole. Aussi conserverons-nous sa naïveté originale pour en rendre compte.

J'étais, dit-il, à plus de trois kilomètres de ma demeure, et sans autre instrument qu'une lancette, du fil d'argent pour sutures, et des aiguilles, lorsqu'on me demanda pour un garçon de deux ans et demi. Il était haletant à mon arrivée et cessa tout à coup de respirer. Sans perdre un instant, sans même retirer l'enfant d'entre les bras de son père, j'ouvris la trachée, et après quelques mouvements, selon la méthode de Marshall-Hall, la respiration se rétablit après expulsion d'une grande quantité de mucosités et de lambeaux membraneux. La respiration devint bientôt facile, et la peau reprit sa couleur normale. Trois anneaux de la trachée avaient été divisés. Les bords et ceux de la peau furent cousus ensemble de chaque côté; chaque fil fut attaché à un morceau de vieille jarretière élastique, placé derrière le cou; et de petits tampons, de vieux linges,

furent glissés sous les fils d'argent, qui, tirés par la bande élastique, auraient fini par pénétrer dans la peau du cou. Je restai encore trois heures, et, constatant combien les soins étaient faciles à donner, je l'abandonnai pendant plusieurs heures à son entourage. Il survécut quarante-neuf heures, et l'observation de ce cas me convainquit des grands avantages de ce mode d'opérer sur celui des canules.

Le second cas est plus concluant et détaillé. Enfant de sept ans atteint depuis huit jours, après avoir travaillé pendant plusieurs heures à enlever la neige autour de la maison. Un rhume avec toux rauque fut considéré comme sans importance et traité par les parents. Au septième jour, on manda le docteur Flint, qui diagnostiqua la maladie, son extrême gravité et une mort prochaine, à moins d'opérer. Appelé le 24, je constatai tous les signes d'un croup, avec mort imminente. Un soigneux examen du gosier ne révélait aucune trace d'exsudation; à l'auscultation, absence du bruit respiratoire; au niveau du larynx, un râle fin, sec, presque sifflant, rendait évidente l'occlusion à peu près complète de ce conduit. Ce râle manquait absolument du bruit de drapeau (déplacement, flottement) ou cliquetant qui, dans quelques cas, a été le seul signe à l'aide duquel j'ai pu diagnostiquer le croup de l'œdème glottique.

Malgré le caractère un peu négatif des symptômes, je confirmai le diagnostic du docteur Flint : le seul doute portait sur un œdème. Ce léger embarras fut expliqué au père, mais avec l'assurance que, croup ou œdème, l'opération seule pouvait prolonger la vie, sinon la conserver. Comme circonstances défavorables, le malade était mince, nerveux et délicat, la mère morte phthisique. En sa faveur, il y avait l'âge et l'absence complète de signes de broncho-pneumonie.

Le consentement donné, on éthérisa l'enfant, et, le plus rapidement possible, j'incisai la peau du cou. Le réseau veineux trachéal était très engorgé, tortueux, et quoique je réussisse à l'écarter, une hémorrhagie abondante suivit l'incision et vida les vaisseaux engorgés de la peau. J'attendis deux ou trois minutes, préférant de beaucoup courir le risque, assurément imminent, de voir la respiration s'arrêter, que celui de laisser aspirer le sang, ce qui a eu si souvent une issue funeste. Quand l'hémorrhagie fut

arrêtée et la plaie bien nettoyée du sang, j'incisai trois anneaux de la trachée : longueur de l'incision cutanée, 40 millimètres, de l'incision trachéale, près de 21 millimètres. Pas d'exsudations visibles à travers l'ouverture trachéale : la muqueuse est d'un violet sombre, presque noire; en quelques minutes, elle était à peu près revenue à sa teinte normale.

Les bords de la plaie furent tenus écartés à l'aide de petits crochets, et un amas de mucosités, comme d'habitude, expulsé. Quand, au bout de dix ou quinze minutes, la respiration redevint comparativement tranquille, je passai un simple fil de soie dans l'épaisseur de chaque bord de la plaie. Chacun des fils traversait le milieu de la portion incisée de trachée à 7 millimètres (quand la trachée gît profondément sous des tissus engorgés, il est assez difficile de passer l'aiguille dessous ; alors on pique le bord trachéal avec un petit ténaculum, et on l'attire suffisamment au dehors); puis les bords de la trachée et de la peau furent rapprochés en faisant de chaque côté un nœud médiocrement serré, pour ne pas courir le risque de couper les tissus, mais assez pour produire un entrebâillement de la plaie trachéale formant un orifice elliptique. Deux bandelettes de sparadrap étant coupées, larges de 4 centimètres et longues de 30 centimètres, à 7 millimètres d'une extrémité, chacune d'elles fut repliée en mettant les surfaces adhésives en contact ; par un trou pratiqué au milieu de cette portion doublée d'une bandelette, on passa un fil, puis l'autre fil dans l'autre bandelette; chaque fil fut lié sur sa bandelette respective, et alors, prenant une bandelette à chaque main, on tira doucement pour produire un écartement des lèvres de la plaie, suffisant pour l'entrée de l'air et le rejet des mucosités et membranes ; puis chaque bandelette fut collée derrière le cou et sur une épaule.

Le jour suivant, expulsion de deux larges membranes croupales. Au dixième jour, l'air passa manifestement à travers le larynx, et librement au vingtième.

Trois autres trachéotomies ont été également pratiquées, toujours à la dernière extrémité, dit l'auteur, comme dans les deux cas précédents. L'autorisation d'opérer fut donnée une fois seulement après que la respiration avait cessé, et la trachée ne fut ouverte que trois minutes après. Deux fois

seulement, il y avait quelque chance raisonnable de réussir, comme dans le précédent, et ce furent deux succès. Malgré ce petit nombre d'opérations et quand même je n'aurais pas réussi une seule fois, je considérerais la trachéotomie sans tube comme un progrès, en raison des grands avantages qu'on constate à chaque moment et à chaque détail du traitement consécutif à l'opération :

Voici ces avantages : 1° Nul besoin d'appareil instrumental dans un cas urgent : des milliers de patients ont succombé parce qu'on n'en avait pas sous la main. 2° Il y a une ouverture plus large et moins obstruée. 3° On évite l'irritation continuelle et répétée résultant de la présence des canules, de leur ablation et réintroduction sur la muqueuse. 4° Avec les canules, il faut un médecin ou un aide exercé, veillant constamment pour empêcher l'obstruction par les mucosités ou débris membraneux.

Outre l'obstruction de la canule interne, la présence, dans la trachée, du tube externe cause au-dessous de lui une accumulation qui, j'en ai la conviction, est une des plus fréquentes causes de mort dans le croup après l'opération. La sécrétion bronchique est bien différente de la bronchite ordinaire ; à l'instant de sa sécrétion, elle est assez fluide pour être aisément rejetée à travers une ouverture libre ; mais, exposée à l'action du courant d'air inspiré et expiré, elle acquiert une viscosité semblable et égale à celle de la glu.

C'est, je crois, l'opinion générale qu'après la trachéotomie le croup devient fatal par l'apparition d'une bronchopneumonie et surtout par l'extension et la reproduction des fausses membranes. J'ai, pendant trente ans, étudié ces cas avec une extrême sollicitude et n'ai jamais trouvé de motifs pour croire qu'après la trachéotomie la formation membraneuse s'étend ou s'accroît, ni qu'elle se reproduit jamais sur une surface dont elle a été détachée spontanément, c'est-à-dire sans violence.

Un état de congestion intense, démontré par la teinte sombre de la muqueuse du pharynx et presque noire de la muqueuse trachéale, est, à mon avis, un précédent nécessaire et une condition pour la formation des vraies membranes croupales. Cette congestion intense diminue rapidement, par suite de l'hémorrhagie toujours abondante qui suit

l'incision des tissus congestionnés, et dès lors il s'établit une sécrétion albumineuse et très tenace, ressemblant certainement à celle qui forme la membrane croupale, mais ne donnant naissance qu'à des masses extrêmement dures et adhésives, bien propres à boucher les canaux bronchiques et entraîner une asphyxie lente, le malade étant trop affaibli pour les expulser. C'est là, pour moi, la principale source de danger après la trachéotomie; l'empêcher, si c'est possible, l'enlever promptement quand elle existe, doit toujours être le but essentiel à atteindre. A cet effet, je donne mes instructions à la garde-malade, et je n'hésite pas à lui confier l'opéré, ce que je n'aurais pas osé faire pendant dix minutes avec des canules.

Au lieu d'emplir la chambre de masses de vapeur qui débilitent l'opéré, je coupe des éponges communes et à texture lâche en tranches de 21 millimètres d'épaisseur, je les plonge dans un bassin plein d'eau très chaude, dont la température est maintenue constante ; une de ces tranches est exprimée entièrement et placée sur la plaie du cou : la texture lâche de l'éponge permet un facile passage de l'air inspiré et lui communique bien plus de chaleur et d'humidité qu'il n'en prendrait dans une atmosphère de vapeur. Pendant l'expiration, du mucus et des débris membraneux sont chassés avec force contre la face inférieure de l'éponge et y adhèrent; chaque quart d'heure, plus ou moins souvent même, l'éponge est enlevée et remplacée par une autre. L'éponge enlevée renferme une quantité de mucosités dans ses creux et ouvertures. Une application constante d'éponges n'est pas indispensable, mais le malade en éprouve du soulagement, du confort; certainement elles favorisent l'expectoration et, peut-être, empêchent la sécrétion de se concréter dans les bronches.

De temps à autre, des débris membraneux sont chassés avec violence à l'entrée de la plaie, mais une inspiration les fait rentrer si soudainement qu'ils échappent aux pinces et aux doigts les plus alertes. On sait combien grands sont l'embarras, la détresse qu'ils causent, quels dangers imminents en résultent, si les canules sont dans la trachée, sans médecin présent pour les retirer de suite ; dans ces cas, je recommande de passer doucement une éponge d'avant en arrière dans la plaie : en quelques secondes, le

produit morbide y adhère assez pour être enlevé avec elle.

Malgré ces mesures, il arrive que le conduit aérien est tellement obstrué par le dessèchement des mucosités, que je fais injecter toute la trachée avec une seringue en caoutchouc munie d'un tube en argent qui, recourbé en quart de cercle, finit en sphère creuse du volume d'un petit pois et percée de trous à travers lesquels le liquide jaillit. On introduit la boule à 27 millimètres au-dessous de la plaie et on injecte de l'eau salée au degré de l'eau de mer, en poussant le piston avec une certaine force ; il y a un violent effort d'expiration, et le liquide descendu dans les bronches baigne leurs parois et dissout les mucosités. Au bout de deux minutes, nouvelle injection, suivie de l'expulsion des mucosités.

Il est instructif de constater avec quelle rapidité la température et les signes physiques de la broncho-pneumonie sont modifiés et disparaissent après la seconde injection.

Les sutures et bandelettes peuvent rester jusqu'au rétablissement complet de la respiration.

La trachéotomie n'est ni difficile ni dangereuse, si elle est faite d'assez bonne heure et le patient convenablement suivi ensuite ; elle offre une chance certaine de soulagement et de rétablissement. Ne jamais opérer dans la diphthérie, qui est un empoisonnement général, tandis que le croup est presque toujours localisé au larynx. (*Transactions of the amer. med. Association.*)

Sans admettre tous les avantages précédents à la trachéotomie sans tube, après des faits aussi peu concluants, on ne saurait lui contester au moins celui d'une grande simplification. On se demande comment, dans un cas de nécessité, elle n'a pas été réalisée par quelque émule français de Bretonneau. Les inconvénients de la canule sont si évidents, ceux du traumatisme surtout, rendus manifestes par les essais malheureux du tubage de la glotte de M. Bouchut, que l'on ne saurait méconnaître qu'il y ait un grand avantage à la remplacer par l'écartement des lèvres de la plaie. Ce n'est pas chose facile sans doute que cet écartement, en raison de la résistance des cartilages trachéaux. Les fils de soie enveloppés de diachylum ont déjà été substitués aux fils d'argent qui coupaient la peau du cou aussi

nettement qu'un bistouri, dit l'auteur. De nouveaux perfectionnements pourront être apportés à ce procédé, maintenant que la voie est ouverte, et nul doute que cette suppression de la canule ne contribue à propager l'opération et à la rendre plus fréquente. Combien de malheureux enfants croupeux sont morts étouffés dans les campagnes, faute d'une canule.

Je me suis trouvé une fois, dit le docteur Collard, — qui a fait connaître en France ce nouveau procédé américain, — en présence d'un croup presque entièrement limité au larynx, c'est-à-dire éminemment opérable et guérissable; mais il était arrivé à la période asphyxique et exigeait une opération immédiate. C'était l'hiver, en pleine nuit, à plusieurs kilomètres de mon domicile; un messager partit aussitôt pour aller chercher les canules à trachéotomie : avant son retour, l'enfant était mort étouffé.

Si j'avais connu le travail du docteur Martin, j'aurais opéré sans perdre une minute avec les instruments que renferme toute trousse : bistouri, aiguille, tenaculum; aucun livre, à ma connaissance, ne fait mention de la possibilité d'opérer ainsi, et d'opérer plus avantageusement qu'avec des canules; c'est ce qui m'a décidé à traduire brièvement ce travail. (*Gaz. de méd. et de chir. de l'Algérie.*)

TUBERCULE. Des recherches de MM. Kiener et Poulet, sur l'homme et les animaux inoculés, ont donné les résultats suivants.

Structure. Simple, conglomeré ou infiltré, le tubercule est cellulaire ou fibreux dans les tissus conjonctifs, comme les séreuses ou les néomembranes, le périoste, la moelle des os ou les ganglions lymphatiques. Sa forme cellulaire est la plus simple. Il est alors à peine visible à l'œil nu, formé par un renflement sphérique ou fusiforme d'un vaisseau sanguin, plus rarement d'un vaisseau lymphatique, avec agglomération celluleuse autour. Sur des capillaires à une seule tunique, ce renflement est constitué par l'hypertrophie ou l'hyperplasie des cellules endothéliales. Une prolifération active de ces cellules ou la formation d'un tissu conjonctif embryonnaire constitue ce renflement autour des capillaires plus avancés.

Au-dessus du volume d'un grain de mil, c'est le tuber-

cule conglomeré formé par l'intrication plexiforme de ces capillaires.

Le tubercule infiltré constitue un tissu granuleux, pourvu d'un réseau de capillaires ayant un endothélium à couches multiples ou transformé en cylindre vitreux ou en cordons folliculaires.

A cette néoplasie embryonnaire succède le tubercule fibreux par une série de formes intermédiaires établissant la transition.

Dans les glandes, le tissu interstitiel donne naissance à des tubercules d'une structure analogue à ceux du tissu conjonctif. Mais l'élément glandulaire peut aussi participer à leur formation. Le tube séminifère et la bronchiole, remplis et distendus par des produits de prolifération épithéliale ou par du pus, forment des noyaux, comme dans l'altération vasculaire, et présentent les mêmes transformations.

Développement et marche. Deux phases successives se distinguent : la forme cellulaire et la forme hypertrophique. Les nodules, développés sur le trajet des conduits, résultent de la prolifération des cellules endothéliales ou épithéliales de ces conduits; ils sont, d'autres fois, la néoformation d'un tissu conjonctif embryonnaire ou fibreux aux dépens de leur tunique externe. Par leur tendance à s'hypertrophier, se fusionner pour former des cellules géantes, ces éléments entrent dans la seconde phase. Les éléments épithéliaux des glandes, comme les cellules endothéliales des vaisseaux, y prennent surtout part. Une dégénérescence spéciale, vitreuse, oblitérant les vaisseaux, en est le dernier terme, car celle-ci entraîne la dégénération graisseuse et la destruction des tissus.

Signification pathologique. L'altération nodulaire des conduits tubulés des organes et des tissus, comme la marche envahissante de la dégénération, est la caractéristique du processus tuberculeux. Il se différencie par là des inflammations de causes banales ou spécifiques, dont les produits présentent aussi des cellules géantes avec endartérite et péri-artérite des vaisseaux. (*Acad. des sciences*, janvier.)

Fidèle à la doctrine de l'unité du tubercule qu'il a tant contribué à rétablir, M. Grancher, en le considérant au point de vue clinique surtout, le définit une néoplasie

fibro-caséeuse, caractérisant une maladie appelée tuberculose. Toutes les formes cliniques, dit-il, y compris la pneumonie caséeuse, peuvent se grouper autour du type général, le tubercule élémentaire, malgré les différences assez considérables qu'elles paraissent offrir tout d'abord. En retrouvant le tubercule élémentaire de Koster dans les lésions scrofuleuses de la peau, on semble n'y voir plus qu'une tuberculose locale et vouloir rayer la scrofule de l'anatomie pathologique et même de la clinique. C'est une exagération dangereuse. La tuberculose est représentée par la granulation type; c'en est le produit adulte, qui doit servir de base pour la caractériser. Le tubercule embryonnaire au contraire est à son origine, comme à celle de la scrofule, du syphilome et certains sarcomes. Dans tous, on retrouve la cellule géante. De là l'erreur de faire de celle-ci le caractère de la tuberculose. S'il y a une étroite parenté entre la scrofule et la tuberculose par la similitude des lésions histologiques primitives, le tubercule reste à l'état embryonnaire dans la première, tandis qu'il évolue et parvient à l'état adulte dans la seconde. D'où l'erreur de n'y voir avec Virchow qu'un néoplasme pauvre, incapable d'organisation. Il renferme deux éléments : l'un fibreux, susceptible d'évoluer dans le sens de la sclérose, c'est-à-dire de la guérison, l'autre dans le sens de la caséification ou la mort. La scrofule n'est qu'une tuberculose atténuée, ayant son terrain propre et rétréci, mais indiscutable. Elle est plus franchement héréditaire, d'après la clinique, et semble même tenir la tuberculose sous sa dépendance. (*Arch. de physiologie* et *Soc. méd. des hôp.*, novembre.)

Pigmentation de la cellule géante. C'est le nouveau caractère découvert par M. Cornil, qu'il a constaté fréquemment et à diverses périodes. Les cellules ayant une zone marginale de nucléoles, traitées par le picro-carminate d'ammoniaque, colorent ainsi très bien ces nucléoles, tandis que le protoplasma reste d'un jaune orangé. Quelques granulations noirâtres se distinguent alors, au milieu du protoplasma et autour des nucléoles. Plus nombreuses dans d'autres, ces granulations s'observent dans le nucléole aussi bien que dans le protoplasma. Quand ce degré d'infiltration est encore plus grand, la cellule géante ne montre plus un seul

noyau coloré par le carmin, mais un masse rose très dense, infiltrée de granulations fines accumulées, surtout en certains points, qui représentent probablement les nucléoles primitifs.

Malgré cette altération, les cellules conservent leur forme, leur volume et leurs prolongements caractéristiques ; mais le tubercule est ordinairement devenu fibreux et présente des fibres connectives et élastiques enlacées, formant des couches concentriques autour des cellules géantes. Des éléments de tissu connectif ou de petits corpuscules ronds, souvent aussi pigmentés, sont déposés dans ce réseau. Ces masses de tissu fibreux existent de même dans le tissu pulmonaire à l'état de pneumonie interstitielle, avec des cloisons épaissies et des alvéoles remplies de cellules rondes pigmentées.

Les cellules géantes, dans le tubercule fibreux, paraissent en voie d'induration, et les particules calcaires qu'elles contiennent y restent indéfiniment, comme pour en prévenir la destruction.

Nouveau mode d'inoculation. La possibilité de transmettre la tuberculose au cochon d'Inde et aux lapins par l'inoculation sous-cutanée, démontrée par M. Villemin, il y a près de vingt ans, n'a pas paru assez décisive à l'un des plus grands maîtres actuels de l'école allemande. La production du tubercule par l'inoculation de matières non tuberculeuses, obtenue surtout par Wilson Fox, a incité le professeur Cohnheim à chercher une voie plus sûre, plus constante et spécifique pour cette inoculation. Aidé de M. Salomonsen, il l'a trouvée dans l'œil du lapin. Un fragment microscopique de matière tuberculeuse, introduit dans la chambre antérieure par une incision linéaire de la cornée, lui a donné des résultats constants. Après une incubation de trois semaines, une éruption de petits nodules apparaît sur l'iris, qui, en augmentant de volume, deviennent caséeux. L'infection se généralise, et, en quelques mois, les tubercules se montrent dans les poumons, le péritoine et d'autres organes. Tel est le résultat invariable, quand la vraie matière tuberculeuse a été inoculée, mais le nombre d'expériences n'est pas spécifié.

Une pareille découverte ne pouvant suffire à la gloire du

célèbre théoricien allemand, il l'a triplée du coup. Par son infaillibilité, elle serait le plus sûr réactif pour déterminer la nature tuberculeuse d'un produit pathologique, depuis que les caractères morphologiques sont insuffisants à distinguer positivement le tissu tuberculeux du syphilitique ou simplement frappé d'une dégénérescence inflammatoire. Ni les caractères histologiques, ni la présence des cellules géantes, ni la caséification, ni tous ces éléments réunis ne sont absolument caractéristiques. Le seul critérium certain est, croit-il, l'inoculabilité. Ne demandez pas sur quelles preuves l'auteur se fonde pour établir cette croyance, il n'en donne aucune que sa prétendue infaillibilité de l'inoculation oculaire.

La plus hypothétique induction de cette découverte, c'est l'origine infectieuse de la tuberculose humaine par l'introduction dans l'organisme d'une virus spécifique. Il y pénètre le plus souvent par l'air, et de là le siège d'élection de la maladie dans les poumons, la plèvre et les bronches. Sa présence dans le larynx résulte d'une inoculation directe, et, le virus étant conduit par la salive dans les voies alimentaires, la tuberculose s'y développe. C'est ainsi la voie la plus directe du poison chez les enfants par le lait des mères et des animaux tuberculeux. Le nez servirait même de passage pour produire la méningite, etc., etc.

Telles sont les triples hypothèses tirées par M. Cohnheim de son nouveau procédé d'inoculation du tubercule au lapin. Il serait superflu de s'y appesantir davantage, sinon pour en montrer l'inanité, car ni l'une ni l'autre ne repose sur la moindre preuve. Ce sont des suppositions, des allégations gratuites. Quand M. Pasteur raisonne en l'air, il invoque au moins des faits observables, démonstratifs. Rien de semblable ici; c'est de l'*à priori*. Et, puisque l'histologie microscopique ne suffit plus, on y substitue l'inoculation, comme M. Pasteur, reconnaissant le microscope infidèle, insuffisant, y a substitué la culture des microbes. Il est infaillible qu'en s'attachant à de telles subtilités, à de telles abstractions, pour l'étude et le traitement des maladies, on n'arrive pas bientôt au néant.

TUBERCULOSE. Sa rareté chez les nouveau-nés est une indication, pour le docteur Epstein, qu'elle est plus

infectieuse qu'héréditaire. Il a rencontré peu de tuberculeux dans les hospices d'enfants assistés de Prague, et, sur 200 autopsies, 9 cas de tuberculose seulement ont été rencontrés par lui sur des enfants âgés de dix semaines à dix mois. Les statistiques des hôpitaux d'enfants de cette ville indiquent, au contraire, la mort par tuberculose d'un grand nombre d'enfants.

La même contradiction se rencontre à Paris. M. Hervieux n'a trouvé que 21 tuberculeux sur 185 enfants morts, tandis que Rilliet et Barthez en ont trouvé la moitié dans les 525 autopsies d'enfants de un à quinze ans, à l'hôpital spécial. Cette base ne peut donc servir de critérium.

La prédominance du carreau, ou tuberculisation des ganglions mésentériques dans l'enfance, est aussi invoquée par le même auteur comme l'un des résultats immédiats de l'infection par le lait. La présence d'ulcérations tuberculeuses avancées dans l'intestin d'enfants nés de mères ou nourrices phthisiques en serait la preuve. Sur 302 cas de tuberculose infantile, Steiner et Neurreutter ont trouvé 299 fois les ganglions mésentériques dégénérés. Dans les 312 cas de cette lésion, signalés par Rilliet et Barthez, 47 fois les poumons étaient sains : preuve que les enfants s'infectent par succion, comme les adultes par absorption. D'où la fréquence de la tuberculose pulmonaire. (*Prag. Vierteljahr. für prakt. Heilkunde*, 1879.)

Et tout cela pour démontrer le danger des nourrices tuberculeuses. Quel positivisme!

Transmission par le lait. Ayant reconnu l'existence de la phthisie sur une vache vendue pour la boucherie et qui donnait encore trois à quatre litres de lait par jour, M. Peuch fit consommer ce lait à des porcelets et des lapins. Trois porcelets de deux mois, issus de la même mère, furent ainsi mis en expérience le 25 novembre, en y adjoignant, le 6 décembre, trois lapins dans les mêmes conditions d'âge et de portée. Des barbotages de son et de farine d'orge, préparés avec le lait, furent donnés à deux porcs, matin et soir, tandis qu'on donnait le lait pur à deux lapins. Le troisième de chacun de ces animaux était observé comme témoin et nourri comme d'habitude.

Trente-cinq jours après le commencement de l'expé-

rience, le porc numéro 1, qui avait bu environ 55 litres de lait, fut sacrifié, sans présenter aucune lésion dans les organes. Les deux poumons seuls offraient des granulations grisâtres, demi-transparentes, comme un grain de mil, ayant tous les caractères du tubercule au microscope.

Le numéro 2 est égorgé après quatre-vingt-treize jours, ayant bu 276 litres de lait. Il est gros et gras; mais l'autopsie montre dans le foie de nombreuses granulations tuberculeuses, jaunâtres et molles, disséminées irrégulièrement à la surface et dans l'intérieur de cet organe. Il y en a également dans l'intestin grêle, les ganglions mésentériques et sous-maxillaires. Nodules tuberculeux dans les poumons.

Le témoin numéro 3, sacrifié en même temps, présenta seulement une granulation tuberculeuse de l'iléon et une à la surface du foie. Tous les autres organes étaient sains.

Les deux lapins ont présenté des signes d'infection encore plus marqués. Dès le 15 mars, le numéro 2 commença à maigrir, tandis que son témoin, placé dans le compartiment voisin, broutait à merveille. Une diarrhée abondante s'ensuivit, et il mourait le 14 avril, après cent trente jours d'expérience. Des granulations tuberculeuses abondantes furent trouvées dans l'iléon, dans tous les ganglions; les reins, la rate, le foie et les poumons en étaient farcis.

Le numéro 1, tué après cinquante-deux jours seulement, ne présenta que deux granulations tuberculeuses de l'iléon, sans aucune autre lésion, tandis que le témoin est resté bien portant.

L'autopsie de la vache ayant constaté le diagnostic porté pendant la vie, les résultats obtenus par l'usage de son lait non bouilli montrent d'autant plus clairement la transmissibilité de la tuberculose par ce liquide que le porc est réputé en être très rarement atteint. (*Acad. des sciences*, août.)

Inoculation directe. C'est en faisant manger aux porcs des poumons de vaches tuberculeuses, ou en leur pratiquant des injections sous-cutanées avec le liquide provenant du raclage de ganglions tuberculeux, que M. Toussaint a démontré cette transmissibilité ou plutôt cette inoculation. L'injection du sang de porc tuberculeux a même reproduit le

tubercule dans différentes conditions. Il en résulte une tuberculose aiguë, qui entraîne la mort en quelques semaines, comme la phthisie galopante de l'homme. (*Idem*, mai.)

En confirmant les résultats obtenus précédemment en Allemagne, ceux-ci déposent également en faveur de la nature infectieuse de la tuberculose. Le professeur Klebs prétend même en avoir découvert et démontré l'agent parasitaire. C'est la *Monas tuberculosum*, espèce de bactéridie, qu'il croit spécifique du tubercule. Il a pu la cultiver en dehors de l'organisme, suivant la méthode de Pasteur, et obtenir la tuberculose par l'inoculation du liquide de culture dont voici la composition :

Eau distillée.....	100	grammes.
Sucre candi.....	10	—
Acétate d'ammoniaque.....	1	—
Phosphate de potasse.....	15	—

Ce n'est donc pas la cellule qui est ici l'agent infectieux, pas plus que les poussières ni les liquides putrides qui peuvent la contenir ; le microbe seul contenu dans cette cellule en est le germe spécifique. Tel est le dernier mot de la science allemande. (*Archiv. für pathol. und pharm.*, juillet 1879.)

Tuberculoses locales. Leur nombre s'accroît naturellement, depuis que l'on y regarde de plus près avec le microscope, et la première distinction du tubercule local, faite à l'œil nu dans le cerveau par Louis et Gruveilhier, d'après le type de la granulation miliaire, est bien loin de nous. Elles augmentent surtout depuis que l'analyse histologique du tubercule par les réactifs a permis d'en faire remonter l'origine jusqu'à son tissu embryonnaire. La granulation typique et la cellule géante, qui a servi si longtemps à la distinguer, la caractériser comme l'élément histologique spécifique, sont donc insuffisantes aujourd'hui. Tout cela est dépassé, à l'honneur de la science et à la gloire de l'école française. C'est de l'histoire ancienne.

La cellule angioplastique de Ranvier a détrôné la cellule géante ou *Riesenzellen* des Allemands, comme le tubercule embryonnaire de Grancher a remplacé la caséification

inflammatoire ou pneumonique de Virchow. Il a mis en évidence l'inanité de ces divisions et de ces variétés distinctes, en montrant, par la clinique et l'histologie, que toutes ces altérations anatomiques aboutissent à la granulation miliaire ou en proviennent, en établissant que ce type adulte du tubercule vrai est précédé d'une période évolutive à phases différentes dans sa vie embryonnaire, comme il subit la transformation fibreuse dans sa vieillesse. D'où l'unité synthétique de la tuberculose ramenée ainsi à la doctrine de Laennec, après plus de trente années de vaines et inutiles controverses, engendrées par les subtilités analytiques de l'école allemande.

C'est en remontant à la période embryonnaire de la vie de la granulation ou du tubercule adulte que des localisations multiples en ont surtout été rencontrées, établies ici et là, sinon partout, jusque dans la peau. La célèbre loi du grand Louis, affirmant qu'il ne peut y avoir de tubercules dans un organe après quinze ans, s'il n'y en a pas dans le poumon, a été mise ainsi de plus en plus en défaut. Elle est surtout éclatante depuis que les histologistes allemands ont découvert à l'origine de la scrofule, le lupus en particulier, un processus de formation identique à celui du tubercule. C'était la contradiction formelle de cette loi, puisque la scrofule est surtout une affection de l'enfance et la tuberculose de l'âge adulte.

Aussi n'est-ce pas pour affirmer ni démontrer ces tuberculoses locales que M. Brissaud a entrepris une disquisition intéressante sur ce sujet. Il lui a suffi de rappeler qu'elles sont établies depuis longtemps par des faits irrécusables. Son unique point de mire est d'en étendre la signification et le domaine à toutes les affections et les altérations regardées jusqu'ici comme simplement scrofuleuses, en démontrant, suivant la nouvelle doctrine des histologistes allemands, que la scrofule n'est que du tubercule même, à l'état latent, dormant, comme dirait Darwin. Il rétablit à cet effet les caractères histologiques du tubercule embryonnaire à l'état de follicule isolé et conglomeré, avec la cellule géante au centre, afin de mieux montrer l'analogie, l'identité même de ce tissu de granulation avec celui du lupus scrofuleux. Et, à défaut de pouvoir démontrer dans celui-ci la granulation type, signature et cachet du véritable tubercule,

d'après l'école française, il invoque sa présence dans le tissu musculaire de l'utérus, sous la forme d'une scrofulide fixe, primitive, chez une femme de quarante-six ans, sans aucun antécédent scrofuleux, et dans ces tubercules enkystés du poumon, appelés *tubercules de guérison* par Cruveilhier. Admettant sans autre preuve que ces lésions sont de nature scrofuleuse, il en infère que la granulation tuberculeuse doit se trouver également, au moins en puissance, à l'origine de toute affection scrofuleuse, ganglionnaire ou cutanée. D'où l'identité, admise aujourd'hui par tous les jeunes histologistes allemands, entre la scrofule et la tuberculose, au bénéfice exclusif de celle-ci.

Tels sont les procédés des positivistes actuels pour édifier la pathologie nouvelle et réformer la nosologie. Dès maintenant, on supprime la scrofule; il n'y a plus que de la tuberculose, et dès lors la loi de celle-ci est implicitement renversée : de générale, elle devient le plus souvent locale; la règle d'autrefois n'est plus que l'exception aujourd'hui. En vertu de son origine scrofuleuse, la tuberculose locale, sous la forme d'adénite ou de ganglion induré, devient très curable, même dans les poumons, le mésentère et ailleurs. C'est du moins la conséquence de ces prémisses; c'est la promesse de l'avenir.

Toutes ces contradictions se comprennent par la différence des procédés employés : Louis parlait exclusivement au nom de l'observation clinique, et l'on n'invoque plus maintenant que l'histologie pathologique. M. Brissaud s'en tient opiniâtrement au follicule tuberculeux isolé, dont le diamètre minimun, commun à la scrofule et la tuberculose, ne dépasse guère un 20e de millimètre, pour constituer la localisation de celle-ci. Il se complaît dans ces descriptions minutieuses, insaisissables, et s'y étend avec un luxe, une prolixité à n'être ni lu ni compris des praticiens. Entre des particules aussi infinitésimales, on conçoit que la différence soit impossible. Il s'irrite et combat ceux qui, comme M. Grancher, conservant le respect de la tradition de la clinique, ne reconnaissent l'identité de la maladie que sur la présence de la lésion adulte : la granulation miliaire, transparente ou non. Toutes les altérations embryonnaires antérieures, même la cellule géante, malgré leur similitude, leur identité, sont trop instables, éphémères, pour en faire un

caractère nosologique. Ces éléments de la granulation se caséifient, changent et disparaissent trop souvent, avant d'y arriver, pour former un caractère distinctif. La granulation seule a la fixité, la stabilité du tubercule vrai et aussi sa généralisation et sa gravité fatale. La conserver comme base essentielle est de tradition française. Remonter plus haut, c'est rompre l'alliance de la clinique avec l'anatomie pathologie pour s'en tenir exclusivement à l'histologie allemande. C'est délaisser le certain pour l'incertain, mettre la partie au-dessus du tout et préférer l'embryon à l'adulte, pour mieux reconnaître et distinguer la sexualité. Les éléments qui n'arrivent pas à constituer, à réaliser cette granulation type ne sont donc que du tubercule fruste, du pseudo-tubercule. C'est du scrofulome, dit M. Grancher, dont les principaux modes de guérison sont la régression, la caséification et l'enkystement. (*Archiv. de méd.*, août, septembre et décembre.)

Tout ce qu'il y a à retenir de cette longue exposition, au point de vue pratique, c'est que les tuberculoses locales, sans la granulation type et qui restent telles, sont surtout d'origine scrofuleuse et les moins à redouter. Elles présentent au contraire les plus grandes chances de guérison, à l'opposé de la granulation tuberculeuse, qui se généralise : exemple les tubercules enkystés du poumon observés par Cruveilhier. Les cliniciens n'en connaissaient pas alors le secret, et, si l'histologie moderne parvient à établir qu'il est dans cette différence, ce sera un grand honneur pour elle, mais qui ne changera rien à la mortalité croissante de la véritable tuberculose.

Sans discuter cette conception de l'unité anatomique de la strume et la tuberculose, il faut reconnaître avec M. Dreyfus-Brissac — organe de la grande majorité des membres de la Société médicale les hôpitaux de Paris, où cette discussion a été portée, — que la clinique condamne sans appel cette confusion de deux états morbides, dont l'évolution est essentiellement différente ; la scrofule ayant tous les caractères d'une diathèse et la tuberculose ceux d'une infection. Le follicule tuberculeux n'en saurait être l'élément mixte, puisqu'il se rencontre dans les gommes syphilitiques, les lésions morveuses, la lèpre et une foule d'autres néoplasies appelées *tumeurs d'infection* par Cohnheim. On produit

même artificiellement ce pseudo-tubercule par des moyens qui n'ont rien de spécifique.

L'histologie la plus déliée ne peut donc résoudre actuellement cette question, pas plus que l'anatomie morphologique. Vouloir définir une maladie par un seul de ses éléments est chose impossible, a dit M. Cornil, en histologiste autorisé. C'est caractériser le charbon par la bactéridie et la diphthérite par un microbe ou une fausse membrane qui se retrouvent dans une foule d'autres affections. Classer les maladies d'après un seul fait serait un procédé absolument défectueux. La médecine traditionnelle, basée sur l'observation des maladies, est donc encore le point d'appui le plus sûr pour les recherches que nous poursuivons. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 décembre.)

Cette étude des processus locaux n'apporte que des arguments nouveaux, spécieux, sinon probants, à la théorie de l'infection de la tuberculose. A défaut de donner le criterium anatomique du tubercule, l'histologie moderne réduit les lésions de la phthisie à des altérations banales de l'inflammation, dont la spécificité consisterait en certains parasites. C'est la doctrine des modernes Allemands, greffée sur celle de M. Pasteur, et la seule distinction pour eux entre la tuberculose et la scrofule, car celle-là serait inoculable et celle-ci ne l'est pas. La question est ainsi transformée et se trouve réduite à l'étude d'un microbe. (*Gaz. hebd.*, n° 53.)

Tuberculose scléreuse. C'est le nom donné par M. Arnould à une forme de tuberculose pneumonique d'infiltration qui paraît assez fréquente à Lille, surtout parmi les vieillards. Elle consiste essentiellement en un envahissement du tissu pulmonaire par une prolifération conjonctive qui se substitue au parenchyme perméable, épaissit extraordinairement les travées fibreuses des lobules et la plèvre en regard, et finit par convertir les portions de poumon intéressées en une masse imperméable, très ferme, criant sous le scalpel, présentant à la coupe des alternances de tissu blanc nacré et de tissu non moins ferme, fortement pigmenté, le tout doué du pouvoir rétractile du tissu cicatriciel, de telle sorte que parfois le poumon entier se réduit à la moitié, au tiers, au quart de son volume normal.

Il présente en effet le lobe supérieur gauche du poumon

d'un homme de cinquante-neuf ans, mort dans son service de l'hôpital Sainte-Eugénie et qui offre les lésions suivantes. Divisé du sommet à la base, ce lobe montre que l'extrême sommet et le bord postérieur sont convertis en tissu scléreux, très dur, imperméable, dont la coupe est mélangée de blanc nacré et de stries noirâtres. Au-dessous et en avant de cette masse fibreuse se trouve un noyau à limites diffuses, ovalaire, gros comme une aveline, blanc jaunâtre, dont on ne peut détacher par le raclage que des parcelles ramollies, le reste étant fibreux. La surface de la coupe est ainsi comme becquetée. Ce n'est donc pas là un tubercule cru. Non loin de là s'en trouve un autre, presque du même volume, complètement ramolli et caséeux, dont il ne reste qu'une cavernule après le raclage. Au-dessous, l'ensemble du tissu est ferme, à peine perméable, comme élastique, très pigmenté et granité de petites taches blanches, discrètes, à la forme de feuilles de trèfle, caractéristique du tubercule pneumonique. C'est donc bien évidemment l'association du tubercule vrai et d'une sclérose tuberculeuse. Le tubercule fibreux et caséeux, surtout au sommet, montre qu'il est d'origine pneumonique et qu'il peut ainsi s'organiser. Le salut du malade tient à ce que ce processus scléreux l'emporte sur le processus caséeux.

C'est là précisément ce qui paraît exister le plus souvent sur un bon nombre de tuberculeux de Lille. Après des oscillations persistantes en sens divers, opposés, on voit la santé des sujets se consolider, après une durée plus ou moins longue. Cette forme scléreuse se rencontre particulièrement chez les vieillards, en raison de leur prédisposition physiologique à ce processus. (*Soc. centrale de méd. du Nord*, octobre 1879.)

Tuberculose laryngée. M. Schmidt recommande l'excision des parties affectées, à l'aide de ciseaux particuliers qui lui ont donné 19 guérisons sur 315 cas, soit 6 0/0 environ. Mais la curabilité de cette phthisie locale est mise en question, et, si MM. Stœrck et Schnitzler, de Vienne, Gouguenheim, de Paris, et Masseï, de Naples, citent des faits à l'appui, M. Krishaber n'en a jamais observé. Elle s'est toujours présentée comme fatalement mortelle et beaucoup plus rapide que la phthisie pulmonaire. Si, au point de vue

clinique, il y a des tubercules bénins, comme dans le testicule et la prostate, et des tubercules malins, ceux du larynx sont de ce nombre. L'ulcération disparaît comme les cicatrices le constatent; mais le malade n'en est pas guéri pour cela, car la récidive ne tarde pas à se manifester localement, pour évoluer avec une extrême rapidité. (*Congrès de laryngologie de Milan*, septembre, et *Ann. des maladies du larynx*, n° 5.)

De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse, par le docteur H. Barth fils. 1 volume in-8° de 160 pages, avec deux planches chromolithographiées. Thèse inaugurale, Paris, 1879. Découverte de l'altération des follicules clos et des éléments lymphatiques, c'est-à-dire histoire anatomique complète en même temps que clinique de cette tuberculose locale.

Tuberculose de l'estomac chez les enfants. Plusieurs observations ont montré au docteur Cazin que cette affection, peu connue et peu étudiée, est assez fréquente. Sans avoir la prétention d'en faire l'histoire complète, il relate le fait suivant comme type clinique chez l'enfant, où cette forme de la tuberculose est surtout commune.

Une petite fille de douze et demi était depuis deux ans à l'hôpital maritime de Berck, pour une adénopathie du cou, qui ne s'améliora guère qu'au bout de dix-huit mois de séjour. Les diverses fonctions se faisaient régulièrement, lorsque, vingt et un mois après son entrée, elle rendit par la bouche un peu de sang et commença en même temps à s'amaigrir. Quelques semaines plus tard, vomissement d'un demi-verre de sang pur et noir. Un érysipèle y succède, et, de la poudre d'ipéca lui étant administrée, une véritable hématémèse en résulte, avec selles sanglantes, formant un total de 500 grammes de sang dans la même journée. Le lendemain, selles encore grisâtres, tachetées de sang; l'érysipèle augmente; péritonite et mort.

A l'autopsie, on trouve des tubercules au sommet du poumon et dans les ganglions bronchiques; épanchement séreux péritonéal, intestins sains. Ulcération du diamètre d'une pièce de vingt centimes sur la face postérieure de l'estomac, près du cardia, à fond gris rougeâtre, sur lequel

se détachent en blanc jaunâtre quatre petits tubercules; une quarantaine d'autres petites granulations tuberculeuses sont rencontrées dans le voisinage de l'ouverture œsophagienne de l'estomac ; enfin, en divers points de cet organe, des lésions congestives et hémorrhagiques. Le microscope confirme la nature tuberculeuse des granulations. (*Soc. méd. des hôpitaux*, mars.)

Tuberculose du muscle cardiaque. D'après une collection de 22 observations, faite par M. Sanger, cette affection, sans symptomatologie spéciale et ne se trouvant guère qu'à l'amphithéâtre, se produit à tout âge. Elle se rencontre sous trois formes distinctes : tubercule circonscrit, avec des nodosités formées d'une seule granulation miliaire ou d'un agrégat de ces granulations; la tuberculose diffuse, où le cœur est envahi dans toute son étendue par un processus qui aboutit à la caséification, et destruction du muscle à son centre. La myocardite primitive, chronique, fibreuse ou caséeuse se rencontre aussi compliquée de granulations tuberculeuses.

Sous le rapport du siège, cette tuberculose se divise : en extra-péricardique, gagnant successivement par continuité le péricarde et le myocarde, dont l'origine est ordinairement un ganglion bronchique tuberculeux, sinon un exsudat pleural; en péri-myocardique, myocardique et endocardique.

Diverses altérations secondaires résultent de cette affection. L'auteur a ainsi constaté un cas d'œdème des valvules du cœur gauche, deux cas d'hypertrophie avec dilatation, un cas de compression des vaisseaux pulmonaires, un cas de rétrécissement de l'oreillette droite et un d'hydropisie du péricarde. (*Archiv der Heilk.*, t. XIX.)

C'est donc là un travail purement anatomique, dont tout le mérite et l'intérêt sont de montrer que le cœur est, comme la plupart des autres organes, exposé rarement à la *tuberculisation*. Aucune utilité pratique ne s'en dégage, sinon que la symptomatologie cardiaque est encore loin d'être connue dans son essence.

Tuberculose testiculaire. Voy. TESTICULE.

TUMEURS. Tumeur graisseuse du crâne. Un garçon de vingt mois fut amené, le 21 septembre dernier, au docteur Sydney Jones, avec une tumeur du cuir chevelu, grosse comme une orange. Elle fut signalée dès l'âge de deux mois, ayant le volume d'une bille, et n'a cessé de s'accroître depuis. Son siège est sur la suture sagittale, en s'étendant en arrière, jusqu'à la fontanelle postérieure. Fluctuante, elle ne diminue pas à la pression et ne cause aucune douleur, mais les cris de l'enfant la rendent plus saillante. Les bords en sont élevés et plus durs que le centre. Une aiguille capillaire, introduite au centre, en rapporte des particules graisseuses au microscope. Elle est dès lors incisée longitudinalement et enlevée le 30 septembre. Elle était partiellement adhérente au cuir chevelu et s'énucléa du péricrâne, sur lequel elle se moulait. Son poids était de deux onces et demie, consistant en graisse pure, plus dense à la périphérie qu'au centre. (*Lancet*, 9 octobre.) N'était-ce pas là une de ces loupes graisseuses qui se rencontrent assez fréquemment chez les adultes, formées comme des grains de semoule et qui s'énucléent en général facilement?

Tumeur parotidienne. *Rétention de la salive.* Un homme de trente-cinq ans, n'ayant jamais présenté du côté de la parotide aucun antécédent pathologique, était à déjeuner, lorsque, tout d'un coup, il sentit sa région parotidienne gonfler brusquement. Examiné presque immédiatement par M. Terrier, il offrait, dans la région indiquée, une tuméfaction dure, rénitente, non fluctuante. Soupçonnant qu'il s'agissait d'une rétention salivaire, le chirurgien examina l'ouverture buccale du canal de Sténon. Celle-ci n'était le siège d'aucun écoulement. Un petit aphthe existait seul près de son ouverture. Un stylet introduit, pour rechercher si quelque calcul ou corps étranger n'obstruait pas les voies, pénétra, sans rien rencontrer, jusqu'à une distance de un centimètre et au moment même la salive jaillit avec abondance. Une heure après, la tuméfaction cervicale avait complètement disparu. Le soir et le lendemain, pendant les repas, le même accident se reproduisit, un peu atténué, et disparut de la même façon, à l'aide d'un cathétérisme facile et libre. Aucun accident ne s'est reproduit depuis.

Sans être fréquents, des cas analogues se présentent, sans

pouvoir en expliquer la cause par un calcul ni un aphthe. M. Desprès a vu ainsi un garçon marchand de vin dont la joue augmentait à chaque repas, et ce n'est qu'à force de mâcher ses aliments que la salive s'écoulait. Il pratiqua la dilatation forcée du canal de Sténon, et, un mois après, la joue ne présentait plus qu'un peu d'engorgement.

Deux autres cas semblables ont été observés par M. Le Dentu, sans que la cause en pût être trouvée ; il n'existait ni calcul, ni rétrécissement du canal. Dans l'un, les accidents étaient intermittents et le stylet pénétrait jusqu'à l'extrémité la plus profonde du conduit. Aussi M. Verneuil se demande-t-il si, en dehors d'une tumeur, d'un corps étranger ou d'un gonflement inflammatoire, il ne faudrait pas admettre une quatrième cause : un spasme pur et simple du canal excréteur, que l'introduction du stylet suffirait à faire cesser. Cette explication est corroborée par l'observation curieuse d'une femme opérée d'un adénome parotidien et qui, sous l'influence d'une mastication prématurée, vit se développer subitement, dans la région où siégeait antérieurement sa tumeur, une nouvelle tumeur élastique, manifestement fluctuante, et qui n'était autre chose qu'une tumeur salivaire. Dans ce cas, un spasme avait sans doute fermé le canal de Sténon, et la salive, formée en abondance par la mastication intempestive, avait reflué par les canaux excréteurs secondaires. Trouvant, dans les troncules ouverts à la racine du lobule malade et extirpé, une issue facile , elle s'était déversée par ce chemin et collectée en tumeur dans la région opérée, sous les téguments réunis. (*Soc. de chir.*, avril.)

Tumeur du testicule (Voy. *ce mot.*)

U

ULCÈRES. *Ulcère simple de l'estomac.* Sa guérison, attribuée à l'usage du chloral dans un premier cas, ne s'est pas réalisée si simplement dans un second qu'elle semble devoir lui être rapportée exclusivement. Il ne pouvait en effet être supporté par l'estomac, comme ce doit être assez souvent le

cas. Il déterminait des douleurs locales atroces et des vomissements, dès qu'il était ingéré.

Ne voulant pas perdre le bénéfice de la prétendue découverte, le docteur Hertzka eut recours à un stratagème ingénieux pour le faire supporter. Il pratiqua une ou deux injections hypodermiques de morphine par jour, avant l'administration du chloral, pour empêcher le vomissement, et fit prendre ensuite une cuillerée à café, toutes les deux heures, de la potion suivante :

℞ Hydrate de chloral.....	4	grammes.
Eau distillée.....	150	—
Sirop de fleurs d'orangers.....	20	—

Mêlez.

Le malade fut soumis simultanément à l'usage de l'eau de Carlsbad et au régime du lait, qui, n'étant pas supporté par l'estomac, fut donné en lavements de 100 grammes toutes les deux heures. (*Bull. de thérap.*)

Ce traitement accessoire a bien pu être ainsi l'agent principal de la guérison. D'où l'indication d'en tenir compte à l'avenir pour combattre cette affection redoutable et rebelle.

Ulcères des jambes. *Hyperostoses consécutives.* Aux graves dangers de ces plaies permanentes, le docteur P. Reclus en ajoute un qui n'avait pas encore été signalé. C'est le développement d'une ostéo-périostite de l'os sous-jacent, déterminant le plus souvent une augmentation de volume du tibia, qui le rend léger et spongieux, couvert d'ostéophytes, comme il en relate plusieurs exemples. Parfois même la diaphyse est dure et éburnée et le canal médullaire rétréci ou oblitéré. Chez les jeunes gens, l'os peut s'accroître en longueur de deux à trois centimètres au delà de son congénère. Les ostéophytes sont plus abondantes, et une véritable diathèse osseuse peut s'ensuivre. Les aponévroses, les ligaments et les membranes fibreuses des vaisseaux et des nerfs de la jambe étaient ainsi ossifiés. Des exostoses saillantes s'élevaient même au centre de l'ulcère et s'opposaient à sa cicatrisation. De là leur confusion avec les lésions syphilitiques. C'est donc une grave complication, qui, en compromettant la nutrition du membre et son usage, peut

en rendre parfois l'amputation indispensable. (*Progrès méd.*, décembre 1879.)

Bande de caoutchouc. De simples lames de caoutchouc, sans interposition d'étoffe et se distinguant de tous les produits similaires par leur élasticité et leur longue durée, ont été spécialement importées d'Amérique en Allemagne contre les ulcères des jambes. On en enveloppe le membre sans renversés jusqu'au genou, sans rien interposer entre l'ulcère. Sous leur influence, on constate, dès les premiers jours, une abondante sécrétion de la plaie, avec ramollissement des bords lardacés de l'ulcère; des granulations de bonne nature se montrent ensuite, et la cicatrisation s'établit. Dix-sept cas de guérison sont relatés sommairement par le docteur P. Bruns, qui préconise ce moyen. Son extrême simplicité en fait la valeur pratique, d'autant plus que le malade n'est pas retenu au lit et peut vaquer à ses affaires, considération importante pour la classe ouvrière, particulièrement sujette à cette maladie. Cette bande doit être enlevée, lavée et séchée tous les soirs. (*Berl. klin. Woch.*, nos 25 et 26.)

URÉMIE. Au point de vue de la théorie nouvelle de la formation de l'urée et de l'acide urique dans le foie par la transformation des matières azotées, — soutenue et développée surtout par Murchison en Angleterre dès 1868 et depuis par MM. Charcot et Brouardel en France (Voy. Foie, 1877) — une observation très intéressante de cholélithiase est publiée par le docteur J. Besnier. En l'absence de toute maladie des reins et de la vessie, un homme de cinquante-deux ans présenta des troubles profonds du côté du foie, pendant dix-huit mois consécutifs, avec anémie profonde, expulsion de nombreux calculs à facettes, mûriformes, et de la gravelle biliaire dans les selles, consécutivement à des accès intermittents, sans coliques ni ictère, mais avec élimination de 1 gr. 35 d'acide urique et 35 gr. 15 d'urée par 1000 grammes d'urine. En venant à l'appui des nouvelles doctrines, ce fait tend donc à montrer que le foie, outre la sécrétion de la bile et du sucre dont il est chargé, produit encore l'urée et l'acide urique par la destruction des globules rouges du sang, suractivée et exagérée par la congestion hyperémique de cet organe, comme une occlusion calculeuse

incomplète des voies biliaires peut la provoquer. (*Archiv. de méd.*, avril et mai.) Voy. CALCULS BILIAIRES.]

Action du phosphore. Des expériences sur les animaux, faites par M. Thibaut, tendent à infirmer l'interprétation précédente. En les empoisonnant à petite dose avec le phosphore, l'urée a varié alternativement. De 15 gr. 66 dans les urines d'un jour au début, elle tombe à 5 gr. 77, pour remonter ensuite à 11 gr. 59 et retomber finalement à un chiffre insignifiant. A mesure que son élimination diminue ainsi, elle augmente dans le sang de 225 milligrammes par litre avant l'administration du phosphore; elle s'élevait à 2 gr. 20 lors de la mort, montrant une dégénérescence graisseuse non seulement du foie, mais des reins et des muscles. Et tous ces organes contenaient alors plus d'urée qu'à l'état normal, dans des proportions notables. D'où l'auteur conclut que, loin d'avoir son siège principal dans le foie, la formation de l'urée semble résider dans tout l'organisme, puisque sa quantité dans l'état normal, comme dans l'état toxique, est toujours supérieure dans le sang que dans le foie... chez les animaux. (*Acad. des sc.*, 15 mai.)

Tout en confirmant l'augmentation de l'excrétion de l'urée chez des chiens et des chats soumis à l'injection d'un gramme de phosphore dissous dans l'huile, M. P. Cazeneuve donne une interprétation toute différente de ce fait. L'action du phosphore est pour lui, comme pour Stork et Bauer, purement désassimilatrice, et c'est parce que M. Brouardel nourrissait ses animaux pendant ses expériences que l'urée n'a subi qu'une augmentation passagère. Les désordres apportés dans la digestion et l'assimilation par l'agent toxique suspendent les mouvements nutritifs, dit-il, d'où la diminution des déchets excrétés par rapport à l'état normal de nutrition. Aussi met-il ses animaux à la diète, et c'est dans l'état de jeûne pendant trois à quatre jours qu'il fait ses expériences, comme si c'était là un état normal. En voici les résultats sur un chien dont l'urine normale contenait avant : 2 gr. 50 d'urée, 15 grammes d'acide phosphorique et 18 grammes de chlorures. La sécrétion journalière de l'urée s'éleva ensuite à 7 grammes et demi, 88 grammes d'acide phosphorique et 55 de chlorures. L'azote et le fer étaient augmentés dans les mêmes proportions. Il y avait aussi des

traces d'albumine, sans bile ni sang, quoique l'urobiline fût appréciable. L'excrétion de ces principes constituants diminua graduellement et le pigment biliaire apparut; mais l'administration de 200 grammes de lait suffit à en élever immédiatement la quantité, presque au même point qu'après l'injection du phosphore. (*Acad. des sciences.*)

La preuve que ce n'est pas la dégénérescence granulo-graisseuse du foie par le phosphore qui a fait diminuer l'urée, dans la dernière période de l'expérience, c'est qu'elle ne diminue pas quand l'animal n'est pas alimenté. Cette augmentation n'exprime donc que la décomposition des organes, comme la proportion plus forte de l'acide phosphorique, du soufre et de l'azote. Cette destruction s'effectue aux dépens du sang, en particulier des globules sanguins, et du tissu hépatique lui-même.

Il y aurait donc présomption de chercher à éclairer le phénomène physiologique de la formation de l'urée par le foie en recourant à un agent chimique entraînant des désordres généraux aussi complexes que le phosphore. Au milieu de la débâcle de matériaux qu'il provoque pathologiquement, comment mettre en évidence le rôle physiologique du foie à l'égard des principes azotés. Ce n'est pas par les déchets d'un organe en voie progressive d'auto-destruction, que l'on peut découvrir son fonctionnement cellulaire normal. Le problème est donc insoluble par l'étude expérimentale à l'aide du phosphore. Son action toxique est trop complexe et générale pour en tirer une analyse propre à étayer sa fonction physiologique.

Tout ce que l'auteur conclut de ces faits, c'est que le foie n'est pas le siège exclusif de la formation de l'urée, comme l'admettent la plupart des physiologistes et des pathologistes. (*Revue mens.*, juin.)

Cette conclusion est un aveu d'impuissance des vivisections expérimentales. Malgré l'identité du fait, on ne peut s'accorder sur son interprétation. Et il en sera ainsi tant qu'il y aura deux esprits différents et opposés en présence.

Dyspnée urémique. Lorsque la dyspnée va jusqu'à la cyanose, sans que l'état du cœur ni des poumons en donne la cause, c'est un précepte rigoureux, donné par le professeur Sée, d'examiner les urines, car la présence de l'albumine

seule peut la déterminer et entraîner la mort. Tel est l'exemple d'une jeune personne entrée dans son service pour un accès d'oppression formidable. Elle était cyanosée, et la face, les mains et les pieds étaient absolument bleus. La poitrine ne donnait que des râles disséminés, et le cœur un léger bruit de souffle au premier temps. Rien n'expliquait donc cette suffocation intense, sauf les urines albumineuses. On apprit cependant qu'un accès semblable était survenu trois mois auparavant, dont elle s'était remise après quelques jours. Celui-ci, au contraire, l'emporta rapidement, sans que l'on pût soupçonner la nature de la maladie, car il n'y avait même pas d'œdème.

L'autopsie révéla un rein hypertrophié et rouge, comme dans la néphrite aiguë. Le cœur présentait aussi un certain degré d'hypertrophie et de surcharge graisseuse, ce qui semble indiquer une néphrite ancienne, ayant retenti sur le cœur, suivant la doctrine de Traube, contredite en Angleterre et en France par la connexité des deux lésions.

Cette dyspnée, produite par l'urémie, est beaucoup moins connue que les localisations cérébrales et gastro-intestinales de celle-ci. On la méconnaît d'autant mieux qu'elle simule, à s'y méprendre, les accès d'asthme, et n'est pas immédiatement mortelle. C'est ainsi qu'un Égyptien, se croyant asthmatique, vint consulter M. Sée pour qu'il lui appliquât son remède. Il fut d'abord soulagé. Mais un nouvel accès, plus violent, survint bientôt, et il était si net et caractéristique que les urines ne furent pas examinées. La médication ordinaire restant impuissante, M. Potain fut appelé, et c'est alors que les urines examinées montrèrent de l'albumine. Au lieu d'asthme, c'était de la dyspnée urémique, à laquelle le malade succomba peu après.

Ce fut l'inverse chez un pseudo-asthmatique de M. Potain. M. Sée découvrit l'albumine dans les urines du malade. Il faut donc se tenir sur ses gardes, en pareil cas, et ne se prononcer qu'après l'examen des urines. (*Revue méd.*, décembre.)

Élimination médicamenteuse de l'urée. Dans un cas d'anurie mécanique, ayant persisté quatorze jours consécutifs, pour cesser ensuite, chez une femme atteinte de cancer utérin, M. Debove s'est assuré que les moyens employés

pour l'élimination artificielle de l'urée étaient bien insuffisants à cet effet. On a ainsi trouvé peu d'urée dans les vomissements, et l'on n'en a enlevé que 139 milligrammes par litre de liquide rendu. Pour ouvrir des voies d'élimination du côté de la peau et des glandes salivaires, une première injection sous-cutanée de un centigramme de pilocarpine, puis une seconde de deux. Mais l'effet sudorifique en a été très peu marqué, et l'urée rendue avec la sueur était absolument insignifiante. La salive seule contenait 2 gr. 64 d'urée par litre, tandis qu'elle est seulement de 156 milligrammes chez les malades non anuriques.

En présence de ces faibles résultats, comparés avec les moyens mis en usage pour l'élimination supplémentaire de l'urée et prévenir l'intoxication urémique du sang, l'auteur se demande s'il y a avantage, dans l'anurie, à médicamenter le malade, et si, dans des cas pareils, il n'y a pas plutôt inconvénient. En donnant un purgatif, on fait éliminer une très faible quantité d'urée pour une grande quantité d'eau, qui, en provoquant la résorption des liquides épanchés, très riches en urée, apportent cet excès dans le sang. L'apport est ainsi bien supérieur à l'élimination à la suite d'un purgatif. (*Soc. méd. des hôpit.*, décembre 1879.)

S'il n'est guère permis en principe de juger d'après un seul fait, il faut encore se demander si celui-ci est bien choisi à cet effet. Le fonctionnement organique d'une femme cachectique ne peut être comparé à celui de l'état normal dans l'anurie essentielle. C'est là le tort des cliniciens expérimentateurs de prétendre réduire tous les cas différents à un même dénominateur.

Action de la pilocarpine. L'augmentation des sécrétions salivaires et sudorales, provoquée par le jaborandi ou son alcaloïde, tendant à faire admettre qu'elles entraînent les substances anormalement accumulées dans l'économie, où elles jouent souvent le rôle de poison, des recherches expérimentales et cliniques ont été faites pour vérifier cette action sur l'urée en particulier. D'une observation et de quelques expériences sur les animaux, du professeur Lussana, il résulte en effet que la salivation si abondante provoquée par le jaborandi contient de l'urée en proportion plus ou moins considérable, mais non dosée. Ce n'était qu'une pro-

babilité que la pilocarpine peut devenir un remède utile contre l'urémie. (*Lo sperimentale.*)

Quatre observations cliniques de M. Bœgehold sont plus concluantes, en employant les injections sous-cutanées de pilocarpine contre l'urémie. En voici les résultats:

I. Fille de cinq ans. Urémie grave pendant la convalescence d'une scarlatine. On fait une injection de 8 milligrammes de pilocarpine, les convulsions cessent; au bout d'une heure, elle reprend connaissance. Quelques jours après, nouvelle attaque, guérie de même par deux injections semblables. Les injections sont faites régulièrement pendant vingt jours; les attaques ne se renouvellent pas. Dix jours plus tard, l'albumine a disparu et la guérison est complète.

II. Garçon de douze ans, pris de convulsions urémiques dans la convalescence d'une scarlatine. Des injections de un centigramme de pilocarpine font cesser les convulsions au bout de six minutes, à deux reprises différentes. Guérison.

III. Les injections font cesser les convulsions, mais la mort survient dans le coma.

IV. Sept ans; néphrite chronique. Les convulsions cessent sous l'influence des injections de pilocarpine, mais l'enfant succombe aux progrès de la maladie.

URÉTHROTOMIE. L'éloge de cette opération moderne, comparée à la dilatation, a été l'objet de l'*address* de sir H. Thompson au dernier Congrès de l'Association médicale britannique, à Cambridge. M. Teevan a été jusqu'à dire qu'elle était exempte de danger et mit au défi d'en trouver un seul cas de mort chez un jeune homme. N'y aurait-il pas lieu d'être plus réservé, quand on sait que cette opération a été non seulement suivie de mort, mais d'abcès articulaires, d'hémorrhagies graves, d'infiltration et d'épanchement d'urine, ainsi que de rétention, d'érections permanentes, de frissons répétés, etc. Quand une opération innocente donne lieu à de tels accidents, elle peut bien être assimilée aux plus graves, d'autant plus que ses bons effets ne sont pas toujours permanents. L'enthousiasme est évidemment superflu pour une telle opération, et sa rivale, l'incision périnéale, maintient tous ses droits vis-à-vis d'elle et paraît exempte de toutes ces objections. (*Lancet*, 21 août.)

Uréthrotomie externe avec le *thermo-cautère*. En prévenant l'écoulement du sang, qui, bien que sans danger, gêne le manuel opératoire, cet instrument rend de réels services, d'après M. Verneuil, qui l'a employé dans deux cas avec les meilleurs résultats. Il se sert du couteau le plus petit, pour éviter toute perte de substance, et le fait filer sur la rainure d'un stylet cannelé. Le débridement de l'urèthre sur une longueur de 2 centimètres est aussi facile que sur le cadavre. La guérison a été d'une extrême rapidité dans les deux cas. La plaie était rosée dès le deuxième jour et superbe le quatrième, sans aucun accident.

Dès 1876, M. Verneuil s'était servi avec succès de cet instrument sur un lithotritié de la veille pour un calcul volumineux, qui avait perdu, pendant l'opération, une quantité effroyable de sang. Un fragment du calcul, engagé dans l'urèthre, n'ayant pu être extrait, fut enlevé par ce procédé, et l'opéré guérit sans aucun accident, ni fistule, ni rétrécissement consécutif. (*Soc. de chir.*, 17 mars.)

De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Grégory, prosecteur à la Faculté de médecine de Bordeaux, 297 p. in-8°.

Plaidoyer en faveur de l'uréthrotomie externe contre l'uréthrotomie interne, basé sur 55 observations faites à Bordeaux. La récidive du rétrécissement après l'uréthrotomie interne est le seul grief de l'auteur; mais il ne tient pas compte des fistules anté-scrotales de l'uréthrotomie externe, ni de sa mortalité plus élevée. 915 observations d'uréthrotomie interne ont donné 46 morts ou 5 0/0 de mortalité, et 992 uréthrotomies externes ont produit 88 décès, soit 8,87 0/0. Les conclusions ne sont donc pas parfaitement justifiées.

URINES. *Nouveau réactif de la bile*. Les acides nitrique et chlorhydrique ne décelant la présence des matières biliaires que lorsqu'elles sont en quantité notable, M. Masset y substitue l'azotite de potassium. Il en projette un petit cristal dans un tube à essai contenant 2 grammes de l'urine acidifiée avec deux à trois gouttes d'acide sulfurique. La réaction s'établit aussitôt par des stries d'un beau vert d'herbe magnifique, si la quantité de principes colorants

de la bile est notable; en agitant le liquide, la coloration du tube devient uniforme et prend une teinte très foncée, persistante à l'ébullition et susceptible de se conserver pendant plusieurs jours, sans être altérée dans sa nuance. L'addition d'eau en diminue simplement l'intensité.

Si les matières colorantes sont en quantité infiniment petite, le liquide acquiert, au bout de très peu de temps, une teinte vert pâle, persistante également, que l'on saisit avec facilité en plaçant le tube entre l'œil et la lumière du jour, ou en le regardant suivant l'axe du tube sur un fond blanc. Dans ces circonstances, l'urine à l'état normal prend une légère teinte rosée.

Cette réaction est de nature à rendre service au début de certaines maladies où les réactifs ordinaires sont incapables de rien déceler, d'abord par la facilité d'opérer la réaction sans précaution préalable, et ensuite par la netteté de la réaction, toujours sensible et constante. (*Archiv. méd. belg.*)

De l'urine normale et pathologique, les calculs urinaires, histoire médicale et analyse chimique, par le docteur Ch. Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker. Un vol. in-8°, avec figures, Paris.

Manuel clinique de l'analyse des urines, par P. Yvon. Un vol. in-12, cartonné, de 300 pages, avec 40 figures.

Urines ammoniacales. *Fermentation lactique.* Des expériences du docteur P. Cazeneuve, il résulte que la saccharose, la lactose, la glycose se transforment en lactate d'ammoniaque au sein d'urines dont l'urée normale s'est convertie en carbonate d'ammoniaque par la fermentation. Si la quantité de sucre est suffisante, la réaction de l'acide lactique succède, en quelques jours, à la réaction alcaline ammoniacale, comme en voici un exemple type :

Un litre d'urine ammoniacale, contenant 7 gr. 2 de carbonate d'ammoniaque, est additionné de 12 grammes de saccharose, propre à fournir théoriquement 13 gr. 5 d'acide lactique, devant saturer le carbonate alcalin. Dix jours après une exposition à la température de 35°, l'urine avait une réaction acide : toute la saccharose avait disparu. Elle était

passée à l'état de lactate d'ammoniaque. L'acide lactique en a été extrait par les procédés habituels et a formé du lactate de zinc. Des résultats semblables ont été obtenus avec la lactose et la glycose. Faut-il juger de là que des phénomènes semblables s'opèrent dans l'organisme à l'état normal? A l'avenir de décider cette question. (*Soc. des sciences méd.*, novembre 1879, et *Lyon méd.*, n° 1.)

V

VACCINE. Ce mode d'inoculation tend à prendre une extension illimitée sous l'impulsion doctrinale et expérimentale de M. Pasteur. Toutes les maladies virulentes en seraient justiciables, comme le sont déjà la variole chez l'homme, la clavelée chez les moutons et la péripneumonie des bêtes bovines. Pour prévenir toutes ces maladies infectieuses et virulentes, si graves, qui font le désespoir de l'humanité et qui déciment les troupeaux et les basses-cours, il suffirait, selon l'illustre panspermiste, d'inoculer le virus même qui les détermine, ou plutôt l'animalcule microscopique, le microbe vivant, qui en est l'agent toxique et mortel. En l'affaiblissant, en diminuant sa virulence ou en l'atténuant par une culture savante, de poison qu'il est, il deviendrait contre-poison. En provoquant une maladie artificielle et légère, comme la vaccine, il en préviendrait une plus grave et mortelle, comme la variole. Il se détruirait ainsi lui-même. La bactéridie qui produit le *charbon*, inoculée dans certaines conditions, en préserverait sûrement les animaux qui y sont exposés, suivant les expériences de M. Toussaint, comme le *choléra des poules* serait de même empêché, d'après celles de M. Pasteur. C'est la grande découverte du jour, et l'on comprend que nous renvoyions à ces mots pour en exposer tous les détails.

Il a suffi de ces quelques résultats expérimentaux chez les animaux pour que l'esprit éminemment généralisateur de M. Pasteur vît dans l'inoculation préventive des virus affaiblis ou plutôt des organismes microscopiques qui les constituent, d'après lui, une prophylaxie nouvelle de toutes les maladies virulentes et infectieuses, par l'inoculation ou

la vaccination préventive de l'homme comme des animaux. Sous les réticences calculées et les réserves apparentes de son langage, il montre assez qu'il est convaincu, d'ores et déjà, d'avoir percé le mystère qui couvre encore l'étiologie et la pathogénie de ces maladies et d'avoir déchiré le voile si épais dont s'enveloppait jusqu'ici l'invisible génie de la contagion et des épidémies. Par la découverte du microbe du choléra des poules, il croit avoir enfin prononcé le *fiat lux* qui va dissiper les ténèbres de ce chaos pathologique.

Pour vérifier cette similitude, M. Pasteur désirerait que l'on atténuât le virus varioleux, comme il l'a fait du virus ou plutôt du microbe du choléra des poules, pour l'inoculer sans danger. Si la même immunité en résultait ensuite qu'avec le virus vaccin, la similitude avec le virus varioleux serait ainsi prouvée... à sa gloire. Mais qui oserait tenter de telles expériences sur l'homme ?

Un *tolle* général s'est élevé, dans toute la presse et le corps médical qu'elle représente, devant cette prétention exorbitante. Si les expériences de M. Chauveau ont montré dans le vaccin un élément figuré, comme l'agent actif et virulent, il y a loin de là à un organisme vivant, un microbe déterminé. Et c'était là précisément ce qu'il fallait établir, pour avoir une base solide et admissible. En négligeant ce point essentiel, le célèbre panspermiste n'a convaincu personne, M. Bouley excepté, qui, dans son enthousiasme pour tous les progrès, en promulgue d'avance la réalisation. Saisi d'étonnement et d'admiration en présence des résultats obtenus par ses collègues en vétérinaire, MM. Chauveau et Toussaint, et surtout ceux de M. Pasteur, il a eu un véritable accès de lyrisme des plus éloquents pour célébrer cette grande découverte, perceptible et saisissable, du génie épidémique et infectieux, sous la forme d'un micro-organisme ! (*Acad. de méd.*, avril.)

Effets prophylactiques. Une attaque étrange a été faite à son pouvoir prophylactique par un médecin des hôpitaux de Paris. Deux enfants de quatre mois, nés dans les hôpitaux et vaccinés efficacement dans la semaine même de leur naissance, ayant présenté ensuite une varioloïde bénigne, le docteur Gérin-Rose, qui les a observés, a présenté ces deux exemples comme des preuves « que la vaccine a

pour effet de modifier la variole plutôt que d'en prévenir le développement ». (*Soc. méd. des hôp.*, janvier.) Sans tenir compte des conditions exceptionnelles de ces deux vaccinés au lendemain de leur naissance, comme tous ceux qui naissent dans les hôpitaux, lorsque l'absorption et la vitalité, encore endormies, sont si défavorables à la prophylaxie de la vaccine, tandis que leur séjour dans les hôpitaux les expose tant à la contagion, on oppose ces deux faits anormaux comme pouvant contrebalancer et infirmer des milliers de faits contradictoires observés dans des circonstances plus régulières ! Tel est pourtant l'excès du positivisme actuel. Sous prétexte de faire du nouveau, il s'empare avec empressement de cas rares et isolés, pour les présenter comme infirmatifs des règles et des lois établies même sur la vaccine. C'est en appliquant ainsi l'axiome avancé par M. Pasteur : Les faits négatifs sont sans valeur contre un fait positif bien prouvé, que l'on prétend battre en brèche l'efficacité prophylactique de la vaccine.

Une assertion encore plus radicale à ce sujet a été malheureusement émise, en pleine Académie de médecine, par l'ancien directeur même de la vaccine. Dans son rapport sur la vaccine en 1879, M. Hervieux ayant soulevé, à propos de quelques faits, la valeur des cicatrices vaccinales sur la préservation de la variole, M. Depaul a proclamé qu'elles ne prouvent rien. Il prétend avoir fait cette démonstration il y a longtemps, à l'Académie même, alors que l'opinion contraire, obstinément soutenue par M. Bousquet, son prédécesseur, était admise généralement. Et à l'appui, il ajoute ce fait concluant :

Un régiment de turcos, logé au quai d'Orsay, lui fut amené il y a dix ans, par le médecin du régiment, pour être vacciné, à cause de l'épidémie de variole qui régnait alors comme aujourd'hui, à Paris. Tous ces hommes de race nègre ou demi-nègre étaient généralement labourés de cicatrices de petite vérole, et cependant la vaccination réussit sur la presque totalité, tandis que les revaccinations ne donnaient alors que 30 à 35 pour 100 de succès. Ce fait remarquable, consigné dans son rapport annuel, montre, suivant lui, que la cicatrice n'est pas un critérium certain de l'inaptitude à contracter la vaccine ou la variole.

Mais, comme l'a remarqué M. Hérard, convient-il de con-

clure des cicatrices de petite vérole aux cicatrices vaccinales, régulières et bien gaufrées, indiquant une bonne vaccination antérieure et par conséquent préservatrice ? Il y a là une confusion regrettable. A défaut de faits directs, on conclut par similitude. C'est un vrai procès de tendance, et les défenseurs les plus accrédités de la vaccine sont ainsi amenés, par leurs discussions, à donner lieu aux interprétations les plus défavorables sur son action. (*Acad. de méd.*, mai.)

Efficacité des revaccinations. Elle se démontre par l'intensité de l'épidémie variolique de cette année à Paris, sur la population civile, qui met tant de négligence dans les revaccinations. De septembre 1879 au mois de septembre 1880, deux mille personnes, presque toutes jeunes, ont succombé, en excédant du tribut ordinaire de la variole, tandis que la population militaire, également jeune, mais vaccinée par ordre, n'a pas offert de décès par variole, dans cet intervalle. Ces 2000 morts sont donc les victimes de cette incurie, puisque la population militaire y a échappé. (*Bull. de la statist. démographique*, n° 38.)

Eruption secondaire. On observe de temps en temps chez les vaccinés, du huitième au dixième jour après la vaccination, une éruption généralisée sur tout le corps, s'accompagnant d'un léger état fébrile, qui disparaît un ou deux jours après. La pustule n'a ni les caractères de la variole, ni ceux de la vaccine. Elle avait l'aspect de papilles dans les observations de M. Hervieux. Sur 927 vaccinations, le docteur Boivin observa 22 cas de pustules surnuméraires.

Il n'est pas d'année que M. Depaul n'en observe des cas dans son service d'hôpital, où tous les nouveau-nés sont vaccinés immédiatement. Elle est aussi plus fréquente après la vaccination avec le cowpox pris sur la vache préalablement inoculée qu'avec le vaccin ordinaire pris de bras à bras. Elle se manifeste surtout plus fréquemment après l'inoculation variolique. C'est ainsi que, avant la découverte de la vaccine, il se manifestait souvent une éruption secondaire, localisée autour des piqûres avec le virus varioleux, éruption discrète et qui n'avait rien de sérieux ni de grave dans la plupart des cas. Quelques expériences faites par

M. Depaul ont parfaitement confirmé ce fait, signalé par les auteurs du siècle dernier. Il a inoculé à diverses personnes le virus des pustules de varioloïde existant sur des individus vaccinés. Une éruption localisée s'en est suivie dans quelques cas; mais d'autres fois il s'est montré, du neuvième au dixième jour après, une petite éruption sur différentes parties du corps, mais toujours discrète.

Ces éruptions secondaires sembleraient donc être un effet du virus inoculé, puisque le vaccin humain de bonne qualité, inoculé dans les conditions normales, à des enfants de quelques semaines ou quelques mois, n'y donne presque jamais lieu. L'état du vacciné paraît aussi y contribuer quelquefois, d'après l'exemple suivant, observé par Broca peu de temps avant sa mort lamentable. Il s'agit d'une femme à laquelle il avait eu à pratiquer une ponction et une injection iodée, pour un abcès par congestion. Le jour même de l'opération, elle fut comprise dans une revaccination générale faite dans la salle. Au bout de trois jours et après quelques symptômes de fièvre — que, dans l'ignorance du fait de la vaccination, on attribua à la ponction et à l'injection iodée, — la malade présenta une éruption générale de papules, semblable à celle d'une variole confluente. On n'avait fait qu'une seule inoculation au bras. Ce bouton était plus large que ceux des autres parties du corps et dura plus longtemps. Les autres s'effacèrent rapidement, comme des boutons de varioloïde. (*Idem.*)

N'est-il pas probable que la ponction et surtout l'injection iodée furent la cause de cette éruption généralisée? Les chirurgiens ont ainsi observé des varioles coïncidant avec des plaies qui n'ont donné lieu à aucune pustule sous leur pansement ni sur les cicatrices de ces plaies. Cette éruption généralisée est donc une véritable anomalie, dépendant d'un virus impur ou de l'état anormal du vacciné.

Cette interprétation est corroborée par les faits suivants. Une petite fille de neuf mois, vaccinée dix jours auparavant avec du *vaccin de génisse*, a présenté à l'observation de M. Gérin-Roze, outre ses pustules vaccinales des bras, trois petites pustules sur les grandes lèvres, parfaitement caractérisées, argentées et déprimées au centre, comme celles des bras. Aucun contact virulent n'ayant été possible,

l'éruption généralisée est donc un effet du vaccin animal. Des enfants vaccinés, ayant de l'impétigo du cuir chevelu, ou en pleine poussée eczémateuse des oreilles, ont de même présenté une éruption confluente et généralisée de la face. D'où la réserve à garder pour la vaccination d'enfants dont l'épiderme est détruit par un eczéma ou un impétigo.

Quant à la nature de ces éruptions, elle varie sans doute comme celle de la fausse vaccine. M. Constantin Paul en a vainement essayé l'inoculation; elle n'a rien produit. M. Hervieux cite, il est vrai, des faits contraires. Tel le cas de cette petite fille vaccinée par Cazeaux, qui, outre les boutons réguliers des bras, présenta une éruption pustuleuse sur la partie inférieure du corps, dont le liquide servit à vacciner d'autres enfants avec succès. Tel encore le cas de ce médecin de Dusseldorf, qui, vaccinant vingt-trois enfants avec un vaccinifère qu'il avait vacciné, les voit *tous tomber malades*, c'est-à-dire pris d'éruption généralisée. Il prend néanmoins du virus vaccin sur deux de ces derniers et vaccine avec vingt-quatre autres enfants, qui eurent à leur tour une éruption généralisée. N'est-il pas évident que c'était là du virus varioleux au lieu de vaccin? Rien d'étonnant dès lors qu'il en soit résulté des éruptions généralisées, conformément à l'expérience des anciens et à celle de M. Depaul. Et la preuve qu'il en était bien ainsi, c'est que ces éruptions varioliques déterminèrent une véritable épidémie de variole, qui atteignit cent soixante-dix personnes, dont neuf succombèrent. (*Soc. méd. des hôpit.*, 23 avril.)

Ces éruptions secondaires et généralisées sont donc, en définitive, une véritable anomalie, dépendant soit de la nature du virus, soit de l'état du vacciné. Le vaccin humain pur et inoculé à des enfants de quelques semaines ou quelques mois, dans des conditions normales, y donne si rarement lieu que l'on peut en douter. Leur fréquence et leur intensité sont en rapport, d'après M. Depaul, avec le virus employé. Le virus recueilli sur l'enfant, après plusieurs transmissions, les produit le plus rarement. Celui de la vache ou du cheval les provoque plus souvent, et celui d'une pustule variolique, même modifiée par la vaccination ancienne, a seul le privilège de les faire naître et de leur impri-

mer une plus grande activité. Tels sont les résultats de son expérience et de ses recherches. L'observation ultérieure doit donc être dirigée dans ce sens et s'appliquer surtout à élucider ce point essentiel par des essais comparatifs. (*Acad. de méd.*, mai.)

Vaccine avant la naissance. Ce n'est pas assez d'exposer les nouveau-nés à tous les inconvénients et les complications d'une vaccine anormale, en les inoculant dès le lendemain de leur naissance pour ceux qui doivent être emportés des Maternités ou envoyés dans les asiles, voici que l'on parle de leur inoculer le virus dans le sein de leur mère, en vaccinant celle-ci pendant sa grossesse. C'est d'Allemagne que vient cette nouvelle idée spéculative. Quelques nouveau-nés dont la mère avait eu la variole pendant sa grossesse, ayant présenté des traces de pustules varioliques, on en a jugé qu'il suffirait de revacciner la mère durant cette période pour inoculer simultanément l'enfant qu'elle porte et le préserver ainsi de la variole. Un enfant de quatre mois, dont la mère avait été vaccinée au huitième mois de sa grossesse, s'étant montré rebelle à la vaccination par Underhill, on en conclut que la vaccine indirecte et intra-utérine pouvait être tentée.

Les expériences préalables furent d'abord faites sur des brebis. 700 ayant été inoculées avec le pus de la variole ovine pendant les dernières semaines de la gestation, on essaya ensuite la vaccine du mouton sur les agneaux de quatre à six semaines après leur naissance. Elle échoua chez tous, tandis qu'elle réussit pleinement avec le même virus chez 36 agneaux dont les mères n'avaient pas été inoculées. Dès lors, le docteur Burckhard se crut autorisé à des expériences sur la femme. 28 femmes enceintes furent revaccinées par lui en 1877 et 1878, dans le service d'accouchements de Bischoff, à Bâle. 8 enfants des mères revaccinées avec succès furent soumis à la vaccine au moment de la naissance, et la moitié seulement furent réfractaires; tandis que, des enfants de deux mères vaccinées sans succès, l'un se montra également réfractaire à la vaccine et l'autre non.

L'injection sous-cutanée de vaccin dilué à deux femmes n'ayant amené aucune manifestation, les deux enfants

vaccinés ensuite restèrent également réfractaires.) (*Rev. d'hygiène*, janvier.)

Les résultats de vaccinations, pratiquées dans des conditions aussi anormales, ne permettent de rien conclure, sinon que l'on s'expose, par pure spéculation scientifique, à déterminer des accidents chez la mère et chez l'enfant, sans nulle utilité ni profit pour l'un ni pour l'autre.

Vaccine obligatoire. Voici le dispositif du projet de loi déposé à cet effet à la Chambre des députés par M. le docteur Liouville, dans le courant du mois d'avril.

I. La vaccination est obligatoire; elle doit être pratiquée dans les six premiers mois de l'existence.

II. La revaccination est obligatoire tous les dix ans, dans le cours des dixième, vingtième, trentième, quarantième et cinquantième années.

III. Lors de la déclaration de la naissance d'un enfant, il sera gratuitement remis aux déclarants un *Bulletin de vaccine*, détaché d'un livre à souche et qui devra être présenté dans un délai de six mois; ce bulletin de vaccine constatera le nombre des pustules vaccinales et sera signé par un docteur en médecine pratiquant dans la commune. La signature en sera légalisée.

IV. Le bulletin de vaccine devra être présenté tous les dix ans à l'officier de l'état civil, dans le cours des dixième, vingtième, trentième, quarantième, cinquantième années; il portera la constatation des revaccinations pratiquées successivement à ces diverses époques, ainsi que de leurs résultats.

V. Les parents et tuteurs, ainsi que les personnes convaincues d'infraction aux articles III et IV de la présente loi, seront passibles d'une amende de 1 à 25 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 25 à 100 francs.

VI. La présentation du bulletin de vaccine, portant application de la présente loi, sera obligatoire pour l'entrée des établissements d'instruction primaire, secondaire, supérieure, à l'arrivée dans l'armée et dans les administrations de l'État.

VII. Les contraventions à l'article précédent seront passibles des peines édictées par l'article V de la présente loi.

VIII. Les officiers de l'état civil feront chaque année le

relevé des noms de ceux qui n'auront pas produit le certificat exigé pendant l'année écoulée.

Ce relevé sera envoyé aux juges de paix. Les contrevenants seront poursuivis d'office.

IX. Un règlement d'administration publique assurera l'exécution de la présente loi, conformément à l'ordonnance royale du 20 décembre 1820, à l'arrêté ministériel du 16 juillet 1823, et ceux des 10 août 1848 et 7 octobre 1879.

X. La présente loi entrera en vigueur dans le délai d'un an à dater de sa promulgation.

VAGINISME. *Éponge préparée.* Cet obstacle au coït ou plutôt à la génération n'est jamais essentiel, primitif, pour le docteur Siredey, d'après une quinzaine de faits qu'il en a observés. Il serait toujours consécutif à une lésion vaginale : irritation, inflammation ou ulcération, et le spasme en serait symptomatique, de même que dans le blépharospasme et la fissure à l'anus. Le nervosisme et l'hystérie en sont seulement des prédispositions.

Sans relater aucune observation précise à l'appui, l'auteur invoque le fait que cette affection ne se rencontre que chez les jeunes femmes nouvellement mariées, admettant que les tentatives infructueuses, timides ou incomplètes des premiers rapprochements, en augmentant l'irritation, déterminent le spasme qui constitue la maladie. Il a constaté le plus souvent une déchirure incomplète de l'hymen, dont les débris, rouges et tuméfiés, sinon ulcérés, sont extrêmement douloureux au moindre contact. Le défaut de propreté entretient cet état, ainsi que les tentatives répétées de rapprochement.

A cette étiologie si simple, un traitement émollient et le repos sont tout rationnels. Des cautérisations légères avec le nitrate d'argent ou l'iodoforme sont parfois nécessaires. Et, au lieu de la dilatation brutale, il recourt à l'introduction d'une éponge préparée, que la malade peut placer elle-même, étant dans le bain. On la laisse en place pendant douze à quinze minutes, en la renouvelant ainsi deux ou trois fois; il conseille ensuite au mari de tenter résolument la guérison complète. Mais la condition essentielle et indispensable, c'est de remplacer la timidité et les tâtonnements

par une allure pleine de vigueur et de décision. Elle seule peut déterminer le succès de cette thérapeutique conjugale. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, avril.)

Ce n'est là évidemment qu'une forme de cette affection. Quand des gynécologistes comme Marion Sims, des praticiens comme Caffe, et beaucoup d'autres, ont relaté des cas de vaginisme persistant depuis cinq, dix et jusqu'à vingt-cinq ans, sans aucun rapprochement possible, malgré tous les moyens, on est bien forcé de conclure à une autre forme essentielle, dont l'anesthésie locale est souvent le seul remède. Quand la dilatation, sous ses différentes formes, a échoué, nous la croyons préférable à l'incision ou l'excision, au moins pour tenter la fécondation, comme nous l'avons indiqué. (Voy. GÉNÉRATION.)

Vaginite aiguë. A tous les astringents et même les caustiques employés contre la rougeur douloureuse, M. Rendu substitue avec succès de simples badigeonnages de laudanum pur, renouvelés plusieurs fois par jour. On introduit ensuite dans le vagin, avant de retirer le spéculum, de la poudre d'amidon en quantité. L'inflammation en est modifiée très rapidement. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, décembre.)

VARIOLE. L'*isolement des varioleux*, réclamé partout comme limitant la contagion et l'extension de la maladie, si rationnel qu'il soit pour ce but, ne paraît l'atteindre que bien imparfaitement, à mesure qu'on l'applique. S'il est à peu près démontré que la réunion, l'accumulation des varioleux dans un même lieu est sans influence sur la gravité de la maladie, il n'en est pas de même de son extension. Les 7578 varioleux réunis, accumulés à Bicêtre pendant le siège, du 18 octobre 1870 au 1er avril 1871, n'ont donné que 1074 décès, soit 14 0/0, qui est à peu près la proportion des militaires varioleux disséminés dans les autres hôpitaux. Et ces résultats sont confirmés à l'hôpital des varioleux de Stockwell, à Londres.

Il est loin d'en être ainsi pour le voisinage. On a d'abord dit que la diffusion des germes ne s'étendait pas au delà de 15 à 30 mètres de distance. L'hôpital des varioleux de Londres reçut ainsi, de 1835 à 1851, 60 000 varioleux, sans

que la propagation de la maladie se soit manifestée dans le quartier de Highgate, où il est situé. D'autres exemples semblables ont été invoqués. Mais l'expérience faite à Paris les contredit; la propagation de la variole au voisinage de ces foyers en dépose. Elle s'est ainsi manifestée à Bicêtre et aux environs de l'hôpital de la rue de Sèvres, et même à Bordeaux, en 1874, au rapport de Gintrac. Cette propagation circonvoisine est surtout devenue manifeste, par la nouvelle statistique démographique hebdomadaire de Paris, dressée par le docteur Bertillon, depuis qu'une épidémie, débutant en 1879, sévit avec intensité dans la capitale.

En effet, de 577 décès varioleux survenus dans l'année, du 1er septembre 1878 au 31 août 1879, leur nombre s'élevait à 2340 au 31 août 1880, c'est-à-dire quatre fois autant. Et c'est précisément dans le voisinage des hôpitaux où étaient spécialement reçus les varioleux que la mortalité a été la plus considérable. Le Ve arrondissement, et notamment le quartier populeux et compact de la Sorbonne, a été le plus maltraité par son voisinage de l'annexe de l'Hôtel-Dieu, où se trouvaient concentrés, accumulés le plus grand nombre de varioleux. Autour de ce foyer épidémique, limité entre la Seine et le boulevard Saint-Germain, 57 décès de variole ont eu lieu en janvier et février, alors que par rapport à sa population limitée de 32 000 habitants, la proportion n'était que de 3 seulement dans le reste de Paris. Comment ne pas voir la cause de cette aggravation formidable dans ce voisinage de l'*annexe*, alors que les cas se manifestaient surtout dans les maisons groupées autour? Dans la rue Galande, qui longe cet établissement, ce sont exclusivement les maisons dont les fenêtres y font face et s'ouvrent sur cette annexe qui ont eu des décès par variole. En deux mois, ce foyer infectieux a donné la variole, dans ce petit coin de Paris, à un grand nombre d'individus, et causé la mort de 46, sans compter que des contages, se répandant presque nécessairement de proche en proche, doivent avoir contribué à entretenir l'épidémie dans la ville tout entière. Cette interprétation s'est confirmée par la diminution de l'épidémie dans ce quartier, dès que l'annexe a été évacué.

Une autre preuve de la nocuité de ce voisinage d'un foyer varioleux s'est montrée dans le quartier des Quinze-

Vingts. Dès que, par la suppression de l'*annexe*, les entrées de varioleux ont augmenté à l'hôpital Saint-Antoine, une recrudescence de l'épidémie s'est manifestée autour dans les quartiers avoisinants et contigus. Le poison varioleux de l'*annexe* a simplement changé de lieu par le transport des malades.

Les dangers de l'accumulation des varioleux dans certains hôpitaux, au milieu des grandes villes, d'une population très dense et souvent malheureuse, sont donc évidents. Ces foyers contribuent à diffuser les germes ou contages de l'épidémie sur les populations environnantes, non seulement par transmission directe, mais par contamination.

Cet isolement ne donne des garanties sérieuses qu'en étant pratiqué dans des pavillons isolés et placés en dehors des centres populeux. Encore convient-il de ne permettre que de rares communications de l'extérieur avec les varioleux.

Un fait remarquable par sa continuité et l'énergie avec laquelle il est constaté de semaine en semaine, ajoute le docteur Bertillon, c'est la constance avec laquelle la variole concentre sa nocuité et distribue ses victimes autour des dépôts de varioleux. Ainsi, dans la quarante-quatrième semaine du 29 octobre au 4 novembre, sur 15 décès par variole à Paris, 9 ont eu lieu autour de l'hôpital Saint-Antoine, qui, la semaine précédente, renfermait encore 90 varioleux. Puisque la concentration de ces malades sème autour d'eux la variole, que les médecins et l'administration y sèment au moins à pleines mains le vaccin, en faisant savoir aux habitants de ces quartiers dangereux les risques qu'ils courent s'ils ne sont pas efficacement vaccinés et revaccinés avec du vaccin frais de dix en dix ans, car la variole n'épargne aucun âge ni aucun sexe. (*Bull. de statistique*, n° 44.)

Une explosion épidémique s'est aussi manifestée à Londres, où, comme ici, on en a accusé surtout le gouvernement local, c'est-à-dire les autorités paroissiales, pour son défaut de mesures sanitaires. Mais, en éclatant seulement en été, dans ce pays de la vaccine obligatoire, cette épidémie montre assez qu'elle n'était pas due aux mêmes causes qu'à Paris.

Innocuité des vésicatoires. La broncho-pneumonie étant une complication assez fréquente de la variole, le praticien

peut hésiter à la traiter par les vésicatoires, à cause de l'état de la peau et de l'albuminurie coïncidente, indiquant un certain degré de néphrite, que l'absorption cutanée de la cantharidine pourrait bien aggraver. De là l'intérêt pratique de l'observation suivante.

Un garçon de dix-neuf ans, non vacciné, arrive à l'hôpital le premier jour d'une éruption variolique très abondante et bientôt confluente. Prostration extrême, température très élevée et tendance hémorrhagique des pustules des jambes. Urines albumineuses dès le quatrième jour. Oppression vive le septième, coïncidant avec matité du tiers inférieur du poumon droit, râles crépitants et souffle tubaire. Cet état persistant le troisième jour, M. Rendu fit appliquer un vésicatoire *loco dolenti*, malgré l'éruption et l'albumine des urines. Une amélioration locale en résulta; mais la persistance des râles, avec toux fréquente et expectoration, détermina l'application d'un second, puis d'un troisième vésicatoire, et le malade guérit ainsi de sa broncho-pneumonie et de sa variole.

Aucun accident n'ayant été produit sur les reins ni la peau par cette médication, et l'albuminurie n'en ayant été modifiée ni dans sa marche ni sa quantité, il est donc permis, en pareil cas, de ne pas craindre l'emploi des vésicatoires. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, décembre.)

Variole congénitale. Un exemple, sans cause apparente, en a été observé par M. Vidal, de Grasse, sur un fœtus de six mois, né vivant et couvert de pustules varioliques, très larges, mais parfaitement ombiliquées, comme au sixième ou septième jour de l'éruption. Il régnait à ce moment une épidémie de variole très intense dans la population locale, mais la mère n'en avait rien ressenti. Bien portante pendant sa grossesse, elle ne présenta rien après son avortement. Le père, au contraire, avait été atteint d'une variole grave quelques jours après la conception de cet enfant. De là l'obscurité de l'étiologie de cette variole intra-utérine. (*Acad. de méd.*)

X

XYLOTHÉRAPIE. Nom donné par le docteur Dujardin-Beaumetz à l'action excitante, électrique ou æsthésiogène de certains bois sur la peau et y ramenant la sensibilité, à l'instar des métaux, des aimants. La seule différence serait le défaut de transfert et des effets moins marqués et durables. Voici la description de ces phénomènes, d'après l'auteur :

Tout d'abord, le malade se plaint de la compression faite par le lien qui sert à maintenir la rondelle de bois; cette pression passait d'abord inaperçue; puis le malade sent nettement la rondelle elle-même, et, si on la retire, on constate que la peau est plus rouge et plus chaude en ce point que dans les parties avoisinantes; de plus, les piqûres faites préalablement pour constater la perte de la sensibilité sont devenues saignantes; à ce moment, le malade perçoit très nettement les piqûres dans toute la zone en contact avec le disque de bois, et, si l'application a duré longtemps, on voit de proche en proche la sensibilité reparaître. Sur une malade placée dans le service du docteur Mesnet, atteinte d'hémiplégie de la sensibilité, déjà traitée par les métaux avec un transfert très manifeste, la sensibilité a été ramenée dans les points anesthésiés, sans provoquer de transfert. (*Bull. de thérapeutique.*)

Ce n'est donc pas là une médication rivale de la métallothérapie beaucoup plus active, efficace. Elle n'est née qu'à la suite, comme sujet de curiosité. Les effets comparatifs en sont d'ailleurs exposés, avec les autres agents æsthésiogènes, ainsi que leur mode d'action, à la maladie qu'ils sont destinés à combattre. (Voy. HÉMI-ANESTHÉSIE.)

FIN

TABLE DES AUTEURS

ABADIE. Ophthalmie sympathique.
ADAMS. Epilepsie traumatique.
ALFARO. Prix.
ALHUMBERT. Prix.
ALISON. Fièvre typhoïde.
ALTHAUS. Epilepsie traumatique.
AMAT. Fièvre typhoïde.
AMUSSAT. Prix.
ANGER (Th.) Polypes naso-pharyngiens.
ARCHAMBAULT. Diphthérite.
ARGENTEUIL (D') Prix.
ARNOULD. Pleurésie, tuberculose scléreuse.
AUBERT. Castration.
AUGÉ. Hydrocèle des enfants.
AUGER. Fièvre typhoïde.
AUZOUX. Nécrologie.
AZAM. Introduction.

BADER. Ophthalmie blennorrhagique.
BAKER. Résection de la hanche.
BALL. Cancer utérin, claustrophobie.
BALLET. Abcès du cerveau.
BAMBERGER. Néphrite.
BANTOCK. Drainage, ovariotomie.
BARATOUX. Surdité.
BARBIER. Prix.
BARÉTY. Laryngite striduleuse.
BARKER. Calculs rénaux, néphrectomie, néphro-lithotomie.
BARSS. Cystite.
BARTH (fils). Tuberculose.
BARTHÉLEMY. Polypes naso-pharyngiens.
BARWELL. Anévrysmes, néphrectomie.
BECKER (A.) Calculs.
BELLAMY. Epilepsie traumatique.
BÉNARD. Hémoptysie.
BENEDICT. Cerveau.
BENNETT (H.) Anévrysmes.
BERGER. Anesthésie, laparotomie.
BERNARD (Cl.) Introduction.
BERNHEIM. Ictère.
BERT (Paul). Anesthésie.
BERTILLON. Diphthérite, variole.
BESNIER (E.) Chancre, eczéma scrofuleux, fièvre typhoïde, phthisie.
BESNIER (J.) Anémie hépatique, calculs biliaires, obstruction calculeuse, urémie.
BIGELOW (W.) Epidémies.
BIOT. Asphyxie.
BIZZOZERO. Sang.
BLACHEZ. Eczéma.
BLAKE. Aliénation mentale.
BLANC. Lithotritie.
BLANCHARD. Anesthésie.
BLEYNIE. Anévrysmes.
BLIN. Fistules.
BLUM. Hernies.
BOCHEFONTAINE. Cœur.
BŒCKEL (E.) Ligatures.
BŒCKEL (J.) Laparotomie, trachéotomie.
BŒGEHOLD. Urémie.
BŒLZ. Hémoptysie parasitaire.

Boivin. Vaccine.
Boll. Nécrologie.
Bonamy. Fièvres.
Bondet. Cœur.
Bonnal. Température.
Bordier. Hémianesthésie, pilocarpine.
Bottini. Laparotomie, laryngectomie.
Boucaud. Métallothérapie interne.
Bouchard. Fièvre typhoïde,
Boucher. Allaitement.
Boucheron. Surdi-mutité.
Bouchut. Charbon, diphthérite, ferments.
Boulay. Charbon, rage, vaccine.
Bourgeois. Blennorrhagie.
Bourguet (d'Aix). Hernies irréductibles.
Boursier. Goitre exophthalmique, hydrocèle.
Boutmy. Cadavres.
Boylston. Prix.
Bozeman. Cystite.
Brame. Dermatologie.
Brault. Albuminurie diphthéritique, diphthérite.
Bréant. Prix.
Brébion. Phthisie.
Brière. Ophthalmologie.
Brissaud. Tuberculose locale.
Broca. Nécrologie, vaccine.
Brouardel. Cadavres.
Brown (P.) Hémorrhagies.
Brown (Lennox). Surdité.
Browne (E.) Surdi-mutité.
Bruns. Ulcères des jambes.
Bruun. Empoisonnement par les moules.
Bryant. Epilepsie traumatique, fractures de la rotule.
Buckler. Calculs biliaires.
Bucquoy. Estomac, pleurésie purulente.
Budd. Nécrologie.
Budin. Accouchement.
Buignet. Prix.
Bulteau. Anesthésie.
Bumstead. Nécrologie.
Burckhard. Vaccine intra-utérine.
Burckhardt. Otorrhée.
Bureau. Accouchements.
Buzzard. Ataxie locomotrice, paralysie générale syphilitique.
Byford. Néphrectomie.

Cadet de Gassicourt. Diphthérite.
Cadge. Grossesse.
Cantani. Obstruction.
Capitan. Néphrite interstitielle.
Capuron. Prix.
Carafy. Leucocythémie.
Caro. Polypes naso-pharyngiens.
Carré. Ataxie locomotrice.
Cartaz. Névralgie faciale.
Cartier. Métallothérapie interne.
Caselli. Laryngectomie.
Caswell. Fractures.
Catillon. Peptones.
Cauvy. Grossesse.
Cazal (du). Syphilis cérébro-spinale.
Cazeneuve. Urémie, urines ammoniacales.
Cazin. Ovariotomie, tuberculose de l'estomac.
Cely. Nécrologie.
Chambard. Cancer.
Chanel. Sang.
Chapuis. Arsenic.
Charcot. Ataxie locomotrice, contractures, hémianesthésie, hémiplégie, hystérie, myxœdème, paralysies.
Charrier. Grossesse.
Chatelin. Thoracentèse.
Chauffard (Denis). Nécrologie.
Chaussier. Prix.
Chauveau. Charbon.
Chauvel. Moelle épinière.
Chiari. Cœur.
Chippeau. Pustule maligne.
Chouppe. Pilocarpine.
Civrieux. Prix.
Clarke (Henry). Ovariotomie.
Clay (John). Cancer utérin.
Clément. Médecine légale.
Closson. Phthisie.
Coghill. Chloral.
Cohnheim. Tubercule.

COLIN. Charbon, pustule maligne.
COLIN (Léon). Rage.
COLLADON. Surdité.
COLLARD. Trachéotomie sans tube.
COQUIARD. Fièvre typhoïde.
CORNIL. Cystite, empoisonnement par la cantharidine, fièvre typhoïde, histologie, néphrite cantharidienne, paralysie pseudo-hypertrophique, sarcome généralisé, tubercule, tuberculose locale.
CORRIGAN. Nécrologie.
COTTIN. Ostéite douloureuse.
COULSON. Lithotritie.
COUPLAND. Néphro-lithotomie.
COURTY. Fibromes utérins.
COUTAGNE. Chancre.
COUYBA. Epilepsie.
CREIGHTON. Introduction.
CROFT. Résection de la hanche.
CRUVEILHIER. Ostéite douloureuse.
CUIGNET. Hydrocèle, kératite graisseuse, syphilis.
CURSCHMANN. Bronchite fétide.
CYR. Introduction.
CZERNY. Néphrectomie.

DA COSTA. Fièvre typhoïde.
DALY. Diphthérite.
DAMASCHINO. Embolies, maladies.
DASTRE. Asphyxie.
DAUDET. Prix.
DAVAINE. Charbon, pustule maligne.
DEAKIN. Drainage.
DEBOUT. Incontinence d'urine.
DEBOVE. Albuminurie, ataxie locomotrice, hémianesthésie, néphrite interstitielle, urémie.
DECOURT. Nécrologie.
DEFRESNE. Dyspepsies.
DEJÉRINE. Dermatologie.
DELAMARE. Fractures du fémur.
DELENS. Ostéite douloureuse.
DELORME. Charbon.
DELPECH. Allaitement, nécrologie.
DEMANGE. Ictère, néphrite interstitielle.
DEMARQUAY. Prix.
DENIS DUMONT. Syphilis.
DEPAUL. Accouchements, vaccine.
DERVILLE. Ovariotomie.
DES CHAISNAIS. Allaitement.
DESHAYES. Fièvre typhoïde.
DESMAZIÈRES. Prix.
DESPLATS. Fièvre typhoïde.
DESPORTES. Prix.
DESPRÉS. Ostéite douloureuse, thermo-cautère, tumeur parotidienne.
DEVILLIERS. Allaitement.
DEZANNEAU. Obstruction.
DIDAY. Crâne, cystite du col.
DIEULAFOY. Thoracentèse.
DONKIN. Température extrême.
DOR. Ophthalmie sympathique.
DOUGLAS-POWELL. Epilepsie traumatique.
DOVAN. Ovariotomie.
DRESCHFELD. Ataxie locomotrice.
DREYFUS-BRISSAC. Tuberculose locale.
DRURY. Cancer utérin.
DUCASTEL. Rhumatisme.
DUCKWORTH (Dyce). Myxœdème.
DUGUET. Abcès périnéphriques, albuminurie, fièvre typhoïde.
DUJARDIN-BEAUMETZ. Alcoolisme, anévrysmes, estomac, hémianesthésie, hémorrhagie utérine, paralysie pseudo-hypertrophique, xylothérapie.
DUMOLARD. Contractures.
DUMONTPALLIER. Empyème, température extrême.
DUNCAN. Grossesse extra-utérine.
DUPÉRIÉ. Sang.
DUPLAY. Contractures, cystite scléreuse, fractures du péroné, ostéite douloureuse, périostite externe, polypes naso-pharyngiens.
DURET. Anesthésie.
DUROSIEZ. Rhumatisme.
DUVAL (Math.) Menstruation.

EALES. Albuminurie.
EICHORST. Moelle épinière.

EMMET. Cystite.
EPSTEIN. Tuberculose.
ESTELLE. Albuminurie.
ESTLANDER. Cancer du sein, sarcome mammaire.
EUSTACHE. Amputation de l'utérus, thermo-cautère.

FABRE. Lymphadénie.
FAIRBANK. Nécrologie.
FARABEUF. Ligature de l'axillaire.
FARCY. Fistule anale.
FAURÉ. Prix.
FÉRÉOL. Empoisonnement arsenical, kyste de l'ovaire, rhumatisme cérébral.
FERRAND. Prolapsus rectal.
FIESSINGER. Ostéite douloureuse.
FIEUZAL. Collyres antiseptiques.
FLAMAIN. Allaitement.
FLINT. Trachéotomie sans tube.
FOLET. Fractures du crâne, médecine légale.
FONSSAGRIVES. Allaitement.
FOURNIER (A.) Chancre infectant, médecine légale.
FRÆNKEL. Anévrysmes.
FRANCK (F.) Température cérébrale.
FRANK. Anesthésie.
FRIEDBERG. Médecine légale.

GAILLARD-THOMAS. Pilocarpine.
GALLOUPE. Obstruction calculeuse.
GALTIER. Introduction.
GAREL. Métallothérapie interne.
GAUTIER. Arsenic.
GELLÉ. Diphthérite.
GERDY. Prix.
GÉRIN-ROSE. Kyste de la rate, vaccine.
GIACCONE. Anémie.
GILL. Cancer utérin.
GILLETTE. Grossesse, otorrhée.
GILMAN. Ligatures.
GIRAUD. Incontinence d'urine.
GIRAUD - TEULON. Ophthalmie sympathique.
GODARD. Prix.
GODLEE. Névralgie faciale.
GOODELL. Accouchements.
GOODHARDT. Rhumatisme.
GOODSALL. Anévrysmes.
GOSSELIN. Laparotomie, obstruction, pustule maligne.
GOUGUENHEIM. Laryngite syphilitique, spasme laryngé, tuberculose laryngée.
GOULD. Pilocarpine.
GOURAUD. Fièvre typhoïde.
GOWERS. Ataxie locomotrice, épilepsie.
GRAILY-HEWITT. Cancer utérin.
GRANCHER. Tubercule, tuberculose locale.
GRANJÉ. Allaitement.
GRASSET. Ataxie locomotrice, hémianesthésie, pilocarpine.
GRAY. Empoisonnement par la strychnine.
GRAZZI. Otorrhée.
GREENHOW. Rhumatisme.
GRÉGORY. Uréthrotomie externe.
GROSS. Ligatures, sarcome des os.
GROSS (F.) Névralgie faciale.
GUÉNIOT. Thermo-cautère.
GUÉRIN (Jules). Allaitement, choléra des poules, plaies cavitaires, pustule maligne.
GUILLAUME. Hernies.
GUYON. Cystite du col, prolapsus rectal.
GUYOT (Jules). Fièvre typhoïde.

HÆCKEL. Génération.
HAGEN. Néphrite.
HALLOPEAU. Fièvre typhoïde.
HALVAN. Anévrysmes.
HAMBURSIN. Epilepsie.
HAMILTON. Aliénation mentale.
HAMILTON. Introduction.
HAMY. Accouchements.
HANCOCK (Henry). Nécrologie.
HANOT. Cerveau.
HARDON. Dysménorrhée mécanique.
HARDWICKE. Cancer utérin.
HARDY. Névralgies.
HARRIS. Hystérectomie.
HARTMANN. Otorrhée.
HASLAND. Néphrite.
HASSLER. Fièvre typhoïde.

HAYEM. Abcès périnéphriques, thérapeutique.
HEATH. Anévrysmes.
HEBRA. Nécrologie.
HEIDENHAIN. Hypnotisme.
HENNINGER. Ferments.
HENROT. Anévrysmes, hernies, hystérie.
HÉRARD. Vaccine.
HERBELIN. Nécrologie.
HERTWIG. Génération.
HERTZKA. Ulcères.
HERVIEUX. Vaccine.
HICKINBOTHAM. Cancer utérin.
HILLAIRET. Dermatologie, lymphadémie.
HIRSCHBERG. Ophthalmie sympathique.
HOLMES. Epilepsie traumatique, néphrectomie, résections.
HOMANS. Kyste sarcomateux.
HOSMER. Accouchements.
HOUZÉ. Hydrocèle.
HOWARD. Quinquinas.
HUCHARD. Fièvre typhoïde, hémiplégie.
HULKE. Calculs biliaires, épilepsie traumatique, résection de la hanche.
HUSEMANN. Cadavres.
HUTCHINSON. Ataxie locomotrice, épilepsie traumatique.
HYADES. Alcalins.

INGLIS. Myxœdème.
ISCHIGURO. Ligatures.
ISRAEL. Hystérie.

JEAN. Cystite scléreuse.
JEANNEL (Maurice). Plaies cavitaires.
JECKER. Prix.
JOBARD. Brûlures.
JOFFROY (A.) Broncho-pneumonie.
JOLLY. Néphrite.
JOLY. Surdité.
JOURDANIS. Hémianesthésie.

KANE. Injections.
KEITH. Ovariotomie.
KELSCH. Kératite graisseuse, syphilis.
KENNEDY. Calculs biliaires.
KENYON. Cancer utérin.
KER. Hémorrhagie utérine.
KIEN. Diphthérite.
KIENER. Tubercule.
KIRCK. Grossesse.
KIRMISSON. Anémie.
KLEBS. Phthisie, tuberculose.
KNAPP. Surdité.
KOBERT. Empoisonnement par l'acide oxalique.
KOCH. Ignipuncture.
KŒBERLÉ. Ovariotomie.
KRISHABER. Ataxie locomotrice, cancer du larynx, spasme laryngé, tuberculose laryngée.
KRONLEIN. Hernie propéritonéale.
KUESSNER. Hémoglobinurie paroxysmale.
KUSSMAUL. Estomac.
KUSSNER. Empoisonnement par l'acide oxalique.

LABBÉ. Embolies, sarcome généralisé.
LABBÉ (L.) Hystérectomie, néphrectomie, ovariotomie.
LABBÉE. Estomac.
LABORDE. Quinine, rhumatisme.
LABOULBÈNE. Œdème, sarcome généralisé.
LACAZE. Prix.
LACOMBE. Empoisonnement arsenical.
LADREIT DE LACHARRIÈRE. Surdité.
LAMBART. Obstruction.
LANCEREAUX. Alcoolisme, hystérie.
LANDOUZY. Néphrite interstitielle, paralysies, phthisie.
LANDRIEUX. Diurétiques.
LANGLEBERT. Calculs.
LANNELONGUE. Abcès froids tuberculeux, testicule.
LARDIER. Cœur.
LARREY. Surdité.
LASÈGUE. Aliénation mentale, broncho-pneumonie, épilepsie, rhumatisme, surdité.
LAURENT (G.) Prolapsus rectal.
LAVERAN. Fièvres.

LAWSON-TAIT. Calculs biliaires, cancer utérin, grossesse extra-utérine, kyste hydatique, laparotomie, ovariotomie.
LAYET. Asphyxie.
LEBLANC. Charbon.
LE BLANC. Epilepsie syphilitique.
LEBLOIS. Obstruction.
LECORCHÉ. Néphrite interstitielle, rhumatisme.
LE DENTU. Abcès froids tuberculeux, amputation de l'utérus, grossesse, hernie irréductible, tumeur parotidienne.
LEDOS. Diurétiques.
LEES. Epilepsie traumatique.
LEFÈVRE. Prix.
LE FORT. Fistule urétérale, néphrectomie.
LEFRANC DE POMPIGNAN. Prix.
LEGRAND. Kyste de l'ovaire.
LEICHTENTERN. Pleurésie.
LEJEUNE. Cancer utérin.
LELOIR. Dermatologie.
LEMOINE (John). Diphthérite.
LÉPINE. Hémoglobinurie paroxysmale.
LEROUX. Cystocèle inguinale.
LETULLE. Néphrite interstitielle, rhumatisme asystolique.
LEVEN. Cancer de l'estomac, dyspepsies.
LEWIS. Anesthésie.
LIOUVILLE. Vaccine obligatoire.
LISTER. Fractures de la rotule.
LOCKHART-CLARKE. Nécrologie.
LOGERAIS. Obstruction calculeuse.
LOGIE. Obstruction.
LONGUET. Hydrocèle.
LOUIS. Prix.
LOUVRIER. Charbon.
LUCAS (Cl.) Néphrectomie, néphro-lithotomie.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Abcès, amputation de l'utérus, hémorrhagie utérine, hystérectomie, injections d'ergotine, ostéite douloureuse.
LUSSANA. Urémie.
LUTON. Injections.
MAC CORMAC. Résection de la hanche.
MACLAREN. Obstruction.
MACLEOD. Cancer utérin.
MACNAMARA. Ataxie locomotrice.
MADSEN. Calculs.
MAGGIORANI. Hémianesthésie.
MAHOMED. Rhumatisme.
MANGIAGALLI. Hystérectomie.
MARCHAND. Empoisonnements.
MARCHANT. Fractures du crâne.
MARROT. Rhumatisme.
MARSH. Ruptures.
MARTIN. Trachéotomie sans tube.
MARTIN-DAMOURETTE. Alcalins.
MARVAUD. Fièvre typhoïde.
MARY. Névralgie faciale.
MASCAREL. Plaies cavitaires.
MASSE. Ophthalmologie.
MASSEI. Tuberculose laryngée.
MASSET. Urines.
MATHIEU. Surdité.
MATONI. Hygiène.
MAUGIN. Testicule tuberculeux.
MAUREL. Albuminurie, fièvre typhoïde.
MAURIAC. Chancre.
MAX SCHULLER. Laryngectomie.
MÉHU. Urines.
MEJIA. Nécrologie.
MENVILLE. Température extrême.
MÉPLAIN. Congélation.
MESNET. Bains galvaniques.
MEYER. Ophthalmie sympathique.
MIGNOT. Hernies.
MILLARD. Kyste du mésentère, sarcome généralisé.
MONBINE. Prix.
MONCORVO. Ferments.
MONOD. Castration, goître.
MONTAZ. Chancre.
MONTHYON. Prix.
MOORE (E.) Amputations, paralysie pseudo-hypertrophique.
MOREL. Cerveau.
MORRIS (H.) Néphro-lithotomie.
MORTON (William fils). Anesthésie.
MOSLER. Leucocythémie.
MOSSÉ. Calculs biliaires, ictère.

Moursou. Fièvre typhoïde.
Moutard-Martin. Hémianesthésie.
Moutard-Martin fils. Diurétiques.
Mracek. Syphilis non vénérienne.
Murrell. Névralgie faciale.

Napier. Pilocarpine.
Naudin. Prix.
Neale (J.) Hémoglobinurie paroxysmale.
Neale (Richard). Obstruction.
Neil (John). Nécrologie.
Neurretter. Tuberculose.
Nicolaysen. Contractures.
Nogues. Hémoptysie.
Nothnagel. Paralysies.
Noyes. Ophthalmologie.
Nunneley. Anesthésie.

Ollier. Entorse juxta-épiphysaire, hernies, résection de la hanche.
Ollivier. Asphyxie, cancer.
Onslow. Alcoolisme.
Ord. Anévrysmes.
Ortille. Cancer utérin.
Ortis. Hernies.
Osborn (Samuel). Hydrocèle congénitale.
Oulmont. Ataxie locomotrice.
Ovion. Cerveau.

Paget (J.) Chirurgie.
Pagliani. Anémie.
Panas. Prolapsus utérin.
Pancoast. Anesthésie.
Paquet. Cancer.
Paris (H.) Hystérie.
Parrot. Médecine légale.
Pasqua. Blennorrhagie.
Pasteur. Charbon, choléra des poules, ferments, génération, maladies, vaccine.
Paul (Constantin). Abcès périnéphriques, bains galvaniques, hémianesthésie, hémoptysie, vaccine.
Peabody. Leucocythémie.
Péan. Ferments.
Pénard. Médecine légale.
Perez. Génération.
Périer. Abcès, abcès périnéphriques.
Perrier. Ostéite douloureuse.
Perroncito. Anémie.
Peter. Calculs biliaires, endocardite fœtale, phthisie, température extrême.
Petit. Anévrysmes.
Petit (J. L.) Introduction.
Peuch. Tuberculose.
Peyrot. Obstruction.
Picard (P.) Absorption.
Pisarewki. Chancre infectant.
Poincarré. Charbon.
Poinsot. Anévrysmes.
Polaillon. Grossesse.
Poncet. Crâne.
Poncet (de Cluny). Ophthalmie sympathique.
Portal. Prix.
Porter. Nécrologie.
Potain. Cœur, dyspepsies, rhumatisme cérébral, thoracentèse, urémie.
Potin. Bains galvaniques.
Poulet. Tubercule.
Pozzi. Cerveau.
Putnam. Névralgie faciale.

Queirel. Hystérectomie.
Quinquand. Sang.

Rabuteau. Albuminurie toxique et diphthéritique, anesthésie.
Raggi. Claustrophobie.
Ranvier. Histologie.
Ravogli. Syphilis.
Rayley (Owen). Ruptures.
Raymondaud. Anévrysmes.
Raynaud (J.) Prix.
Raynaud (Maurice). Adénopathie bronchique, ataxie locomotrice, pleurésie purulente, rhumatisme cérébral.
Reclus. Ulcères des jambes.
Redard. Ophthalmie sympathique.
Reddich. Température extrême.
Redier. Chloral.
Regnard. Ataxie locomotrice, fermentation, introduction.

Reinke. Température extrême.
Reiss. Fièvre typhoïde.
Remy. Castration.
Renaut. Sang.
Rendu. Vaginite aiguë, variole.
Reuss. Ligatures.
Reverdin. Abcès périnéphriques.
Reynier. Bruit de moulin, cystite scléreuse.
Rhodes. Surdité.
Riberi. Prix.
Richard (Ad.) Chirurgie.
Richardson. Grossesse, hystérectomie.
Richardson (William). Fermentation.
Riche. Chimie médicale.
Richet. Surdité, testicule tuberculeux.
Richet fils. Diurétiques.
Rigal. Fractures.
Rivington. Anévrysmes.
Rizzoli. Nécrologie.
Robin (A.) Fièvre typhoïde.
Robin (Ch.) Ferments, génération.
Robin (L.) Anévrysmes.
Rochard. Kyste hydatique.
Roger. Kyste hydatique.
Roger (H.) Température extrême.
Romiée. Ophthalmologie.
Rose. Fractures de la rotule.
Rottenstein. Anesthésie.

Sadler. Néphrite interstitielle.
Saint-Lager. Prix.
Saint-Paul. Prix.
Salomonsen. Tubercule.
Sanger. Tuberculose cardiaque.
Saundby. Introduction.
Savage. Néphrectomie, néphrite.
Schiff. Hémianesthésie.
Schmidt. Tuberculose laryngée.
Schneller. Phthisie.
Schnitzler. Spasme laryngé, tuberculose laryngée.
Schœlein. Sang.
Scholz. Néphrite.
Schott. Cœur.
Schultze. Empoisonnements.
Schwartz. Sarcome des os.
Scolosuboff. Arsenic.
Seaton. Nécrologie.
Sée (Marc). Amputation de l'utérus, anévrysmes, chancre infectant.
Sée (Germain). Cœur, urémie.
Séguin. Nécrologie.
Semmola. Albuminurie.
Semon. Myxœdème.
Serres. Prix.
Sexton. Surdité.
Sharpey. Nécrologie.
Sigmund. Syphilis non vénérienne.
Simon (A.) Ligatures.
Simon (O.) Pilocarpine.
Sims (Marion). Anesthésie.
Siredey. Rhumatisme, vaginisme.
Skene. Blennorrhagie, menstruation.
Smith. Lithotritie.
Smith (L.) Accouchements.
Smith (de New-York). Coqueluche.
Snow. Cancer du sein.
Sonnes. Hémianesthésie.
Sotnitschewski. Œdème.
Spadavo. Cancer utérin.
Spencer Wells. Calculs biliaires, ovariotomie.
Steiner. Dyspepsie des enfants. tuberculose.
Stœrck. Tuberculose laryngée.
Stone. Accouchements.
Strasburger. Génération.
Strauss. Paralysies.
Sturges. Anévrysmes, ataxie locomotrice.
Sturgis. Syphilis galopante.
Swanzy. Ophthalmologie.
Sydney (Jones). Tumeur du crâne.
Sydney-Ringer. Névralgie faciale, pilocarpine.

Talamon. Ferments.
Tappeiner. Phthisie.
Tapret. Goitre exophthalmique.
Tarnier. Accouchements.
Taylor (Alfred). Nécrologie.
Teale. Température extrême.

TEEVAN. Uréthrotomie.
TENNESON. Thoracentèse.
TERRIER (F.) Chirurgie, contractures, fractures du péroné, hernie irréductible, tumeur parotidienne.
TERRILLON. Anesthésie, goître, grossesse.
THAON. Myœdème.
THÉOBALD. Ophthalmologie.
THIBAUT. Urémie.
THOMAS. Empyème, ostéite douloureuse.
THOMAS (Owen). Obstruction.
THOMPSON (H.) Introduction, lithotritie, uréthrotomie.
THORNTON (K.) Laparotomie, néphrectomie, ovariotomie.
THULIÉ. Allaitement artificiel.
TILLAUX. Fracture du col du fémur, goitre exophthalmique, kyste du mésentère, menstruation, ovariotomie normale.
TOMMASELLI. Fièvres.
TONGLET. Epanchements.
TORRE. Sang.
TOUSSAINT. Charbon, choléra des poules, pustule maligne, tuberculose, vaccine.
TRÉLAT. Abcès, amputation de l'utérus, laparotomie, testicule.
TRIPIER (A.) Fibromes utérins, injections pâteuses.
TROIS-FONTAINES. Injections intra-veineuses.
TROUVÉ. Surdité.
TURNBULL. Anesthésie.

UGHETTI. Phthisie.
UNDERHILL. Vaccine intra-utérine.
URBRON. Syphilis.
UTHOFF. Lithotritie.

VAN BUREN. Lithotritie.
VAN DER MEULEN. Fractures de la rotule.
VAN GORKOM. Quinquinas.
VAN VEDDINGEN. Ictère.
VÉDEL. Abcès du foie.
VERNEUIL. Abcès froids tuberculeux, anesthésie, anévrysmes, laparotomie, ostéite douloureuse, plaies cavitaires, polypes naso-pharyngiens, rectotomie linéaire, tumeur parotidienne, uréthrotomie externe.
VIARD. Epilepsie syphilitique.
VIDAL. Chancre, dermatologie, diphthérite, prolapsus rectal, sarcome généralisé.
VIDAL (de Grasse). Variole congénitale.
VIETTE. Menstruation.
VIGNAL. Fractures.
VIRCHOW. Introduction.
VULPIAN. Hémianesthésie.

WACHSMUTH. Anesthésie.
WAGNER. Fractures du fémur, ruptures.
WALDENBURG. Phthisie.
WALDEYER. Génération.
WARLOMONT. Ophthalmie sympathique.
WATSON-CHEYNE. Blennorrhagie.
WEIR. Anévrysmes.
WEISS. Blennorrhagie.
WEST (James). Epilepsie traumatique.
WHARTON-JONES. Introduction.
WILKS. Néphrite.
WILLIAMS (Roger). Résection du poignet.
WILLS. Dyspepsies.
WILMART (Lucien). Accouchement provoqué.
WINCKEL. Epidémies.
WINTREBERT. Coqueluche.
WOILLEZ. Rhumatisme cérébral.
WOOD. Castration, résection de la hanche.
WORMS. Névralgies.
WURTZ. Ferments, peptones.

YVON. Hémorrhagies, urines.

ZANCAROL. Prolapsus utérin.
ZIMANOWSKI. Castration.

a